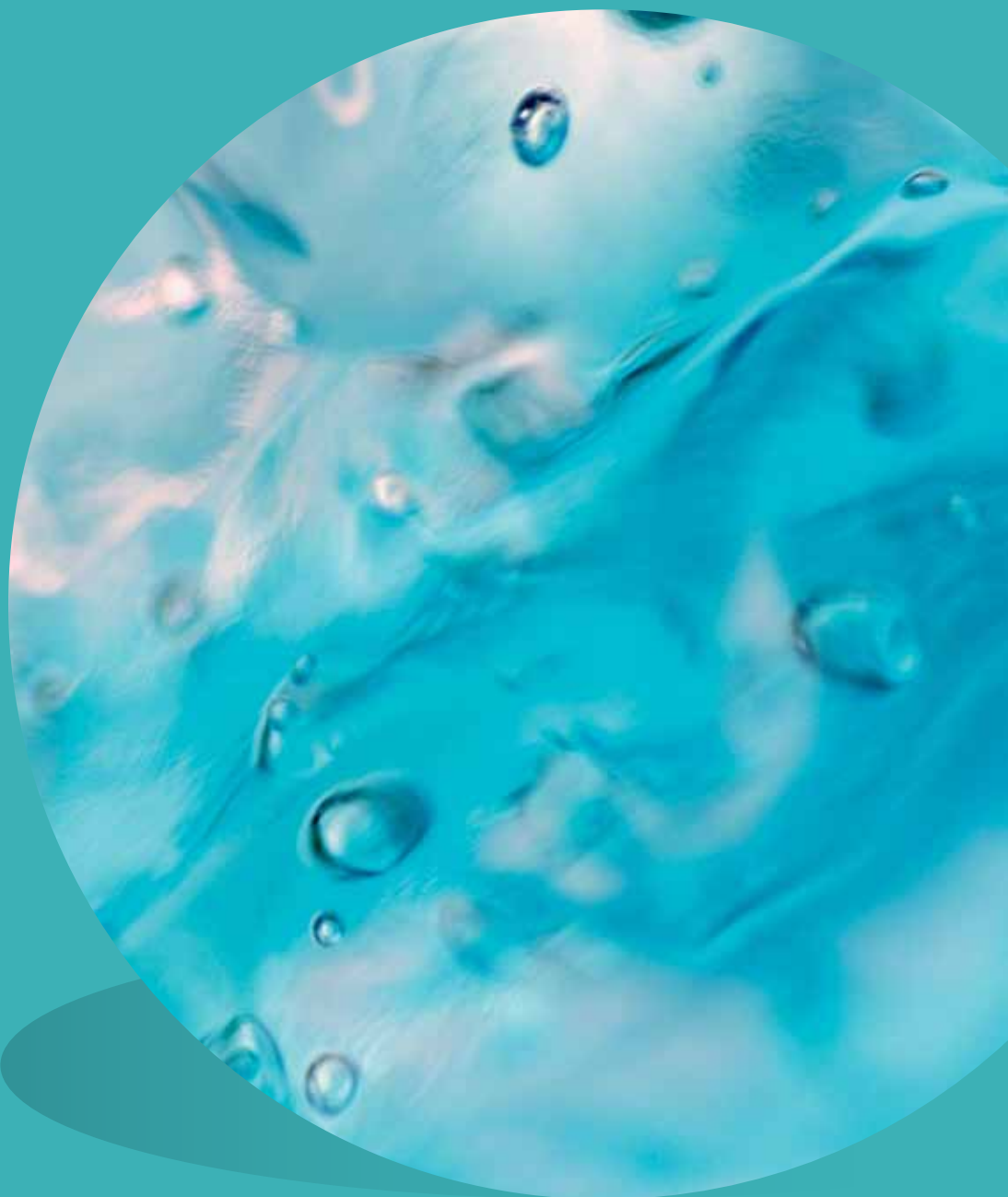


Rauha Heikkilä  
Anja Noro  
Janne Asikainen  
Magnus Björkgren  
Jutta Nieminen  
Anniina Tirronen  
Ella Suojalehto  
Jussi Ripsaluoma  
Jarkko Lumio  
Mika Pulli  
Leena Majanmaa  
Harriet Finne-Soveri

# Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III LTC/34-luokituksen avulla

Tampereen kaupungin laitoshito

RAPORTTI



## RAPORTTI 6/2013

Rauha Heikkilä, Anja Noro, Janne Asikainen, Magnus Björkgren,  
Jutta Nieminen, Anniina Tirronen, Ella Suojalehto, Jussi Ripsaluoma,  
Jarkko Lumio, Mika Pulli, Leena Majanmaa, Harriet Finne-Soveri

# Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III LTC/34-luokituksen avulla

Tampereen kaupungin laitoshoido



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-245-843-3 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-849-0 (verkkajulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkajulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-849-0>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy  
Tampere 2013



# Lukijalle

Vanhusten palveluista, niiden sisällöstä ja järjestämisestä on Suomessa viime vuosina käyty vilkasta keskustelua, myös arvokeskustelua. Tämä raportti ja siinä kuvattu tuoteistusprosessi on yksi tapa jäsentää käytyä keskustelua vanhustenpalveluista. Tuoteistusprosessi selventää myös, miten arvokeskustelussa esille nostetut seikat voidaan käytännössä järjestää. Tuotteistamisprosessi kohdentuu Tampereen kaupungin tuotamaan vanhusten pitkäaikaiseen ympärivuorokautiseen hoitoon: vanhainkoti- ja sairaalahoitoon.

Vanhukset eivät ole yksi yhtenäinen ryhmä, vaan kullakin vanhuksella on oma elämänhistoriansa, joka osaltaan määrittelee vanhuksen tämänhetkistä elämää ja avun tarvetta. Näin ollen vanhusten palveluissa tulisi pyrkiä täyttämään kaikki vanhusten erilaiset ja moninaiset tarpeet tapauskohtaisesti. Vanhustenpalveluiden tarvetta ei voida kattaa yksittäisellä sanalla vanhustenpalvelut, vaan on paneuduttava tarkemmin tarpeiden moninaisuuteen, ja koottava näistä kokonaisuuksia, joita voidaan johtaa ja kehittää. Vanhustenpalvelut eivät ole yksi homogeeninen kokonaisuus, mutta vanhustenpalvelut eivät myöskään ole hallitsematon määrä erilaisia yksittäisiä tarpeita. Ympärivuorokautisen hoidon päivittäisen toiminnan johtamisen ja kehittämisen kannalta on välttämätöntä jäsentää vanhusten tarvitsemat palvelut kokonaisuuksiksi. Samalla saadaan arvokasta tietoa palveluiden kustannusten yhteydestä palveluntarpeeseen.

Geriatrinen ja gerontologinen osaamisen keskiössä on kyky nähdä vanhus kokonaisuutena ihmisenä ja oman elämänsä toimijana kaikkine erilaisine tarpeineen, iloineen, vai-voineen ja murheineen. Tässä raportissa esitetyssä tuotteistuksessa on lähdetty vanhuksen toimintakyvystä ja voimavaroista. Vanhuksen toimintakyvyn arvioinnista saadaan selville vanhuksen tarvitsema avun ja hoivan määrä ja laatu. Näitä voidaan ryhmitellä samankaltaisiksi kokonaisuuksiksi. Samankaltaisuus ilmenee muun muassa henkilöstö-resurssimäärässä ja henkilöstön osaamisvaatimuksissa. Samankaltaiset kokonaisuudet muodostavat tuotteet, joille määritellään hinta ja laatu. Koska tuotteistuksen lähtökohta on kunkin vanhuksen toimintakyky ja omat voimavarat, tulee vanhus tarpeineen olemaan palvelunkehittämisen keskiössä aina, vaikka keskustelu siirtyisi kustannuksiin tai muihin palvelun tuottamiseen liittyviin seikkoihin.

Tässä raportissa esitetty vanhuksen tarpeisiin perustuva tuotteistus on yksi askel suuntaan, jossa palveluiden hankinnat pyritään tekemään palvelun vaikuttavuuteen perustuen. Tässä tehtyä tuotteistusta voidaan myös hyödyntää johdettaessa palvelurakennetta.

Vanhuksista käytetään erilaisia sanoja kuten vanhus, ikäihminen, seniori. Tässä esipuheessa käytämme sanaa vanhus. Emme ota kantaa miten eri lainsäädännöt määrittelevät vanhukset potilaaksi, asukkaaksi tai asiakkaaksi ja miten nämä määrittelyt vaikuttavat vanhuksen oikeuksiin. Meille vanhus tarkoittaa iäkästä ihmistä, joka on pitkään rakentanut yhteiskuntaamme ja rikastuttanut lähipiiriään. Nykyisessä elämän-

---

tilanteessaan vanhus tarvitsee apua, turvaa, hoivaa ja palveluita pärjätäkseen oman elämänsä arjessa ja juhlassa. Me olemme niitä, jotka pyrkivät tuottamaan tarvittavan avun, hoivan, turvan ja palvelun eri näkökulmat huomioiden parhaalla mahdollisella tavalla.

Ella Suojalehto  
laitoshoidon johtaja  
Tampereen kaupunki,  
Hyvinvointipalvelut

# Tiivistelmä

Rauha Heikkilä, Anja Noro, Janne Asikainen, Magnus Björkgren, Jutta Nieminen, Anniina Tirronen, Ella Suojalehto, Jussi Ripsaluoma, Jarkko Lumio, Mika Pulli, Leena Majanmaa, Harriet Finne-Soveri. Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III LTC/34-luokituksen avulla – Tampereen kaupungin laitoshoido. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 6/2013. 54 sivua. Helsinki 2013.

Hankkeen tavoitteena oli tehdä tuotteistus, jota voidaan käyttää Tampereen kaupungin tilaajan ja tuottajan välisissä palvelusopimuksissa ja sopimusneuvotteluissa. Tämä oli myös ensimmäinen askel vaikuttavuuteen perustuvien hankintojen kehittämisessä. Tämän saavuttamiseksi

1. muodostettiin kuusi palvelutuotetta RUG-III LTC/34-luokituksen pohjalle
2. kuvattiin kuuden palvelutuotteen sisällöt
3. laskettiin palvelutuotteille RUG-hintakomponentit
4. luotiin hinnoittelujärjestelmä.

Aineistona käytettiin Tampereen kaupungin laitoshoidon empiiristä aineistoa, joka oli RAI-LTC (Long Term Care) välineellä arvioitu asiakkaiden avun tarve, joka luokiteltiin RUG-III LTC/34 luokkiin. RAI-LTC tiedonkeruut olivat 2010 - 2011.

Tuotteistamisessa päädyttiin kuuteen palvelutuotteeseen:

- Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu
- Mielenterveys- ja päihdehoito
- Muistisairaanhoito
- Vaativa perushoito
- Sairaanhoito
- Aktiivinen kuntoutus

Tuotteiden sisältökuvaukset tehtiin käyttäen apuna Delfoi-menetelmää, joka on kyse-lytutkimusta lähestyvä laadullinen menetelmä. Delfoi-menetelmän peruseräiteita ovat asiantuntijoiden käyttö, anonymiteetti, toistaminen ja palaute asiantuntijoille sekä asiantuntijoiden mielipiteen lähestyminen kohti konsensusta. Projektiryhmän asiantuntijat olivat muistisairauksien-, kuntoutus-, sairaala-, vanhainkoti- ja psykiatrian osastojen henkilöstöä. Asiantuntijat edustivat yhdessä monipuolisesti Tampereen kaupungin laitoshoidoa. Osa projektiryhmän ja ohjausryhmän jäsenistä työivät lopulliset palvelutuotekuvaukset.

Vanhainkoti- ja sairaalahoidolle laskettiin palvelutuotekohtaiset hinnat. RUG-pohjaisessa hinnoittelussa vakioitiin kustannuspainolla kustannukset, jotka vaihtelevat hoitoisuuden mukaan. Palvelutuotteiden hintojen laskenta oli kaksivaiheinen.

Ensin laskettiin vanhainkotihoitoon ja sairaalahoitoon RUG-kustannuskomponentit ja niiden pohjalta hintataulukot.

Tuotteistus voidaan käsittää myös palvelulupaukseksi, jossa kuvataan tuotettava palvelu, joka on luvattu antaa. Varsinainen tuote eli palvelu syntyy palveluhetkellä. RUG:iin pohjautuva tuotteistus lähtee asiakkaan ensisijaisesta avun tarpeesta. Tämän pohjalta voidaan pohtia, pitäisikö joidenkin osastojen erikoistua joihinkin palvelutuotteisiin vai pitäisikö suosia monimuotoisuutta. Tällöin on hyvä tarkastella asioita asiakkaan, henkilöstön ja kustannusten näkökulmasta.

Avainsanat: kustannukset, palvelutarve, tuotteistaminen, RAI, RUG-luokitus, tuotteet, vanhuspalvelut

# Sammandrag

Rauha Heikkilä, Anja Noro, Janne Asikainen, Magnus Björkgren, Jutta Nieminen, Anniina Tirronen, Ella Suojalehto, Jussi Ripsaluoma, Jarkko Lumio, Mika Pulli, Leena Majanmaa, Harriet Finne-Soveri. Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III LTC/34-luokituksen avulla – Tampereen kaupungin laitoshoido. [En produktifiering baserad på RUG-III/34 klassificeringen – Tammerfors stads institutionsvård]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 6/2013. 54 sidor. Helsingfors 2013.

Målsättningen med projektet var att utveckla en produktifiering av vårdtjänster och kontraktsstyrning för Tammerfors stads utförar- och beställarmodell. Modellen är ett första steg i riktning mot köp av vårdtjänster som baserar sig på vårdens effekter. För detta ändamål:

1. Utformades sex serviceprodukter baserade på RUG-III/34 klassificeringen
2. Beskrevs innehållet i de sex serviceprodukterna
3. Beräknades kostnadskomponenterna för serviceprodukterna
4. Utvecklades ett prissättningssystem.

Det empiriska forskningsmaterialet hämtades från Tammerfors stads RAI-LTC (Long-Term Care) databas för institutionsvård åren 2010-2011. Med detta instrument bestämdes vårdbehovet och RUG-III/34 klassificeringsgruppen.

Resultatet blev sex stycken serviceprodukter:

- Vård för upprätthållande av funktionsförmåga och dagliga aktiviteter
- Psykisk hälsa och missbrukarvård
- Vård av demenssjukdomar
- Krävande grundläggande vård
- Sjukvård
- Aktiv rehabilitering

Produktbeskrivningarna utvecklades med hjälp av Delphi metoden. En enkätbaserad metod med en kvalitativ ansats. Delphi metodens grundprinciper är att använda sakkunniga, anonymitet, upprepningar och feedback för att uppnå en konsensus. Projektgruppens sakkunniga utgjordes av personal från demens-, rehabiliterings-, sjukhus-, åldringshems- och psykiatriska enheter. Deltagarna representerade tillsammans sakkunniga för Tammerfors stads institutionsvård. En del av projekt- och styrgruppens medlemmar var med om att skriva de slutliga produktbeskrivningarna för vårdprodukterna.

För åldringshem- och sjukhusvården beräknades skilda pristabeller. I den RUG baserade prissättningen justeras priserna med hjälp av kostnadsvikter som varierar



med vårdtyngden. Beräkningen av priserna skedde i två faser. Först beräknades åldringshem- och sjukhusvårdens RUG kostnadskomponenter och därefter pristabellerna för vårdprodukterna.

Produktifieringen kan också ses som ett servicekontrakt, där den produkt som skall levereras beskrivs innehållsmässigt. Den egentliga produkten föds vid själva servicetillfället. En RUG -baserad produkt utgår från klientens primära vårdbehov. På basen av produktifieringen kan man fundera på huruvida olika enheter borde specialisera sig på en eller flera serviceprodukter. Då är det viktigt att individens och personalens behov beaktas samt vårdkostnaderna.

Nyckelord: konstnader, vårdbehov, produktifiering, RAI, RUG-klassificeringen, produkter, institutionsvård

# Abstract

Rauha Heikkilä, Anja Noro, Janne Asikainen, Magnus Björkgren, Jutta Nieminen, Anniina Tirronen, Ella Suojalehto, Jussi Ripsaluoma, Jarkko Lumio, Mika Pulli, Leena Majanmaa, Harriet Finne-Soveri. Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III LTC/34-luokituksen avulla – Tampereen kaupungin laitoshoido. [Service packages based on client segmentation with RUG-III/34 classification – Long term institutional care in Tampere city]. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 6/2013. 54 pages. Helsinki 2013.

The purpose of this project was to introduce service packages to be used in city of Tampere in negotiations and service contracts between service providers and contractors. This was the first step in developing outcome based contracts. Aims:

1. to create six service packages based on RUG-III LTC/34 classification
2. to describe the six service packages
3. to calculate RUG-price components for each service package
4. to create pricing system

In the analyses was used RAI assessment data from city of Tampere long-term institutional care including the need for care, classified with RUG-III LTC/34 algorithm. Data was collected in 2010-2011.

The service packages achieved were:

- Personal help for promoting and maintaining functional capacity
- Care for mental health and substance abuse
- Care for memory illnesses
- Demanding basic care
- Nursing care
- Active rehabilitation

Service packages were created by using Delphoi-method, which is a qualitative method approaching to survey method. In Delphoi methods principal are use of experts, anonymity, repetition, and feedback to experts, and consensus of experts opinions. Members of the project group had expertise on working on memory illnesses, rehabilitation, hospital care, residential care and psycho-geriatric wards. Experts were gathered widely from units in city of Tampere long term care. One part of experts finalized the service packages.

Service package prices were calculated for both residential and hospital care. In RUG-based pricing was costs were adjusted for case-mix. Firstly, RUG-cost components were calculated and based on these the price tables.

Service packaging can be interpreted as service promise, in which the service is described, which will be given. The actual service package is refined when the service is actually given. The RUG based service packaging is based on the needs of the client. Based on this trial, we can consider, if some units should focus on certain service packages or should diversity be recommended. It would be beneficial to consider clients, staff and costs views.

Keywords: cost, service need, productization, RAI, RUG-classification, products, elderly services

# Sisällys

Lukijalle .....	3
Tiivistelmä .....	5
Sammandrag .....	7
Abstract .....	9
Sisällys .....	11
Lyhenteitä ja käsitteitä .....	13
1 Johdanto .....	15
2 Hankkeen organisointi .....	17
3 Hankkeen tavoitteet .....	19
4 Palvelujen tuotteistaminen .....	20
4.1 Palveluiden tuotteistamisprosessi .....	21
4.2 Palvelutuotteiden hinnoittelu .....	22
5 RUG-III LTC/34-luokitus .....	24
6 Tampereen kaupungin laitoshoidon tuotteistuksen empiirinen tarkastelu .....	30
6.1 Aineisto .....	30
6.2 Menetelmät .....	30
6.3 Palvelutuotteet .....	31
6.4 Palvelutuotekuvaukset .....	35
6.5 Palvelutuotteiden hinnoittelu .....	38
6.6 Tilaaajan ja tuottajan välinen palvelusopimus .....	41
6.7 Asiakkaiden siirtyminen palvelutuotteesta toiseen .....	41
6.8 Lyhytaikaiset asiakkaat .....	43
7 Pohdintaa .....	45
Kiitokset .....	47
Lähteet .....	48
Liitteet .....	50



# Lyhenteitä ja käsitteitä

ADL seen	Activities in Daily Living, päivittäiset toiminnot, jonka mittaamiseen käytetään RAI-järjestelmään sisältyviä mittareita ADL-h ja ADL-RUG.
ADL-h	RAI-järjestelmään sisältyvä hierarkkinen ADL -mittari. Mittari huomioi päivittäisistä toiminnoista liikkumisen, wc:n käytön, henkilökohtaisen hygienian ja syömisen. Asteikko 0-6, missä 0 on itsenäinen ja 6 täysin autettava.
ADL-RUG	RUG-III-LTC/34-luokitukseen liittyvä ADL-mittari. Mittari huomioi päivittäisistä toiminnoista liikkumisen sängyssä, wc:n käytön, siirtymisen ja syömisen. Asteikko on 4-18.
CPS	RAI-järjestelmään sisältyvä kognitiivisten toimintojen asteikko (Cognitive Performance Scale). Mittari huomioi lähimuistin, ymmärrätyksi tulemisen, päätöksentekokyvyn, kyvyn syödä itse ja tajunnan tason. Asteikko 0-6, missä 0 on normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajaus.
interRAI-MH	interRAI Mental Health. Mielenterveytyö. Täydennysosio RAI-LTC välineeseen.
interRAI-PAC	interRAI Post Acute Care. Jatkohoidon tai akuuttihoitoon jälkeisen kuntoutushoidon RAI.
Kustannuspaino	RAI-järjestelmään sisältyvä Case Mix Index (CMI), kustannuspaino, joka selittää hoitohenkilökunnan eri asiakasryhmille kohdistaman ajan vaihtelua, verrattuna kaikkien asiakkaiden keskiarvoon.
RAI	Resident Assessment Instrument, asiakkaan arviointi menetelmä
RAI-järjestelmä	Minimum Data Set tai sen 2006 päivitettyyn interRAI kysymyslomakkeistoon perustuvat kysymyssarjat, käsikirjat, kysymyksistä koostetut mittarit sekä hoito- ja palvelusuunnitelman apuvälineet.
RAI-LTC	RAI Long Term Care. Perustuu laitoshoidon asiakkaiden arviointiin tarkoitettuun Minimum Data Set (versio 2,0) kysymyslomakkeistoon.
RUG	RAI-järjestelmään sisältyvä asiakasrakennetta kuvaava Resource Utilization Groups-luokitus.

RUG-III	RAI-järjestelmään sisältyvän Resource Utilization Groups-luokituksen kolmas versio
RUG-III LTC/34	Resource Utilization Groups luokituksen RAI-LTC asiakasrakennetta kuvaava versio, joka sisältää 34 alaryhmää
Vanhainkotihoito	Vanhainkotihoito tarkoittaa ikäihmisille suunnattua sosiaalihuoltolain mukaista laitoshoidtoa yksikössä, jonka KELA on määritellyt laitokseksi. Laitoshoidto perustuu sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen 1806/2009 avo- ja laitoshoidon määrittelyn perusteita. (Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2012).
Terveyskeskuksen sairaalahoito	Terveyskeskuksen/sairaalan vuodeosastohoidto tarkoittaa erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa annettua laitoshoidtoa. Laitoshoidto perustuu sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen 1806/2009 avo- ja laitoshoidon määrittelyn perusteista.

---

# 1 Johdanto

Tampereen kaupunki siirtyi pormestarimalliin vuoden 2007 alusta ja otti käyttöön tilaaja-tuottajamallin kaikissa toiminnoissaan. Tilaaja-tuottajamalli niveltyy teoreettisesti julkisjohtamiseen ja markkinamaisten mallien hyödyntämiseen kaupungin vastuulla olevien toimintojen tehostamisessa. Prosessijohtaminen ja asiakaslähtöisyyden korostaminen kiinnittyvät liiketaloudellisiin asiakkaan merkitystä korostaviin malleihin sekä laatuajatteluun ja laatujohtamiseen. (Hakari 2009.) Tampereella ikäihmisten palveluiden lautakunta vastaa tilaamisesta ja sitä avustaa konsernihallinnossa toimiva tilaajaryhmä. Tilaaja määrittää tarjottavat palvelut, hyväksyy palvelun tuottajat, kilpailuttaa ja päättää hankinnat sekä rahoittaa ja valvoo järjestelmää. Tuotantopuolta edustavat hyvinvointipalveluissa mm. avopalvelut, laitoshoido, erikoissairaanhoito, päivähoido ja perusopetus, toisen asteen koulutus sekä kulttuuri- ja vapaa-aikapalvelut. Tuottaja vastaa tuotanto-organisaatiosta, kehittää palvelutuotantoa, laatua ja osaamista sekä huolehtii asiakassuhteista. Tilaajan ja tuottajan välillä on palvelusopimus, joka valmistellaan tilaajan ja tuottajan yhteistyönä. Palvelusopimuksessa määritellään sopimusosapuolet, sopimuksen kohde ja tarkoitus, palveluiden sisältö, laatu, määrä ja hinta sekä sovitaan laadun varmistuksen ja sopimuksen seurannan menettelyistä. Sopimusneuvottelut toimivat tärkeänä osana vuosittaista talouden ja toiminnan suunnitteluprosessia. Tuotekehityksen ajatellaan olevan jatkuvaa ja tilaajan ja tuottajan yhteistä toimintaa. Palveluiden tuotteistaminen on Tampereella nostettu keskeiseen asemaan. (Stenvall & Airaksinen 2009.)

Tuotteistusprosessin lähtökohtana ovat asiakastarpeet ja -odotukset, jotka on otettava huomioon palveluja kehitettäessä (Sipilä 1996; Tyni ym. 2009). Tämä edellyttää palvelutuotannon sisällön, laadun ja kohderyhmän täsmentämistä (Kivistö 2003). Tuotteistusprosessin keskeisin vaihe on tuotteiden muodostaminen, jonka yhteydessä on tarpeen arvioida tuotteen avulla saatavia hyötyjä (Holma 1996). Asiakasryhmien välisten kustannuserojen osoittamiseksi on kehitetty joukko asiakasrakennetta kuvaavia case-mix-luokittelujärjestelmiä. Resource Utilization Groups (RUG) on ikäihmisten palveluiden asiakasrakennetta kuvaava luokitus, joka alun perin kehitettiin laitoshoidon. RUG ryhmittelee asiakkaat päivittäisen voimavarakäytön perusteella kliinisesti yhdenmukaisiin luokkiin, jotka puolestaan jakautuvat kustannusten suhteen toisistaan eroaviksi alaryhmiksi. (Fries & Cooney 1985; Fries ym. 1994, Björkgren ym. 1998). RUG-luokituksen kriteerit perustuvat asiakkaan terveydentilaan, fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn ja erityishoitoihin tai -tarpeisiin. Jokaiselle RUG-alaryhmälle on muodostettu oma kustannuspaino, joka kuvaa sitä, kuinka paljon hoitohenkilöresursseja alaryhmään kuuluva asiakas käyttää suhteessa keskimääräiseen asiakkaaseen. Kustannuspaino kuvaa asiakasrakennetta ja kustannustaso riippuu palvelutuottajan



---

henkilöstökulujen ja muiden toiminnasta aiheutuvien kulujen tasosta huomioiden asiakasrakenteen. (Heikkilä ym. 2012.)

Asiakkaan laadukas palvelu ja hoito mahdollistuvat ainoastaan huolellisesti tehdyn kokonaistilanteen kartoituksen avulla (Voutilainen ym. 2002), mitä heinäkuussa 2013 voimaan astuva vanhuspalvelulakikin tulee edellyttämään. Toimiaverkoston asiantuntijat ovat määrittäneet palvelutarpeen arvioinnin vuorovaikutukselliseksi tilanteeksi, jossa asiakkaan elämäntilanne, toimijuus ja tarpeet ovat keskiössä ja mittarit apuvälineitä ([www.toimia.fi](http://www.toimia.fi)), jotta palvelujen suunnittelussa korostuisi riittävästi asiakkaiden tarpeiden yksilöllisyys.

RAI-järjestelmä on asiakkaan hoidon, palveluiden laadun ja kustannustehokkuuden parantamiseksi kehitetty standardoitu ja kansanvälisesti päteväksi ja luotettavaksi osoitettu asiakkaiden tarpeiden ja voimavarojen arviointijärjestelmä (Sgadari ym. 1997, Hirdes ym. 2008). Se on kehitetty ensisijaisesti asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelman apuvälineeksi. Asiakkaan RAI-arviointi tehdään aina hoitosuhteen alkaessa ja tämän jälkeen vähintään puolivuositain. Vuodesta 2001 lähtien Tampereen kaupungin laitoshoidossa on asiakkaita arvioitu enenevässä määrin RAI-arviointivälineellä. (Noro ym. 2000; Noro ym. 2005; Heikkilä ym. 2008.)

Tässä raportissa esitetään Tampereen kaupungin laitoshoidon, tilaajaryhmän ikäihmisten palvelujen ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) yhteistyönä tehty laitoshoidon tuotteistushanke.

---

## 2 Hankkeen organisointi

Tampereen kaupungin laitoshoidon tuotteistukselle perustettiin ohjausryhmä, joka kokoontui hankkeen aikana kahdeksan kertaa. Tuotteistuksen ohjausryhmään kuuluivat:

Ella Suojalehto (26.8.2011 - 25.8.2012 välisen ajan Jarkko Lumio), laitoshoidon johtaja, Tampereen kaupunki, puheenjohtaja

Jarkko Lumio (26.8.2011 - 25.8.2012 välisen ajan Arto Lemmetty), sairaalahoidon päällikkö, Tampereen kaupunki

Arja-Liisa Heikkilä, pitkäaikaishoidon päällikkö, 1.7.2011 alkaen vastaava osastonhoitaja, Tampereen kaupunki

Marjo Liimatainen, pitkäaikaishoidon päällikkö 1.7.2011 alkaen, Tampereen kaupunki

Jarkko Hämäläinen, suunnittelupäällikkö, Tampereen kaupunki

Sinikka Kaurahalme, harrastustoiminnan ohjaaja, Tampereen kaupunki

Armi Lampi, osastohoidon päällikkö, Tampereen kaupunki

Leena Majanmaa, hoitotyön asiantuntija, Tampereen kaupunki

Jussi Ripsaluoma, ylilääkäri, Tampereen kaupunki

Jukka Rönneikkö, ylilääkäri, Tampereen kaupunki

Anniina Tirronen, suunnittelupäällikkö, Tampereen kaupunki

Mika Pulli, taloussuunnittelija, Tampereen kaupunki

Rauha Heikkilä, kehittämisspäällikkö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Palvelutuotteiden sisältökuvauksia valmisti projektiryhmä, joka kokoontui kolme kertaa hankkeen aikana. Projektiryhmään kuuluivat:

Laila Allén-Oikari, vastaava osastonhoitaja, Tampereen kaupunki

Raili Antila, vastaava sairaanhoitaja, Tampereen kaupunki

Maritta Hellstén, perushoitaja, Tampereen kaupunki

Irene Hirvonen, perushoitaja, Tampereen kaupunki

Pia Karhukorpi-Kupila, sairaanhoitaja, Tampereen kaupunki

Sinikka Kaurahalme, harrastustoiminnan ohjaaja, Tampereen kaupunki

Marja-Liisa Kilpimaa, osastonhoitaja, Tampereen kaupunki

Marjukka Kiuru, vastaava sairaanhoitaja, Tampereen kaupunki

Eija Lankinen, osastonhoitaja, Tampereen kaupunki

Marjut Lindell, osastonhoitaja, Tampereen kaupunki

Johanna Mäkinen-Sipola, osastonhoitaja, Tampereen kaupunki

---

Marjut Pennanen, osastonhoitaja, Tampereen kaupunki  
Minna Repo, vastaava osastonhoitaja, Tampereen kaupunki  
Ari Saarinen, osastonhoitaja, Tampereen kaupunki  
Satu Stelin-Reko, fysioterapeutti, Tampereen kaupunki  
Satu Tuominen (1.1.2011 alkaen Leena Majanmaa), hoitotyön asiantuntija, Tampereen kaupunki  
Katri Valkiala, apulaisosastonhoitaja, Tampereen kaupunki  
Rauha Heikkilä, kehittämisspäälikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

---

## 3 Hankkeen tavoitteet

Hankkeen tavoitteena oli tehdä tuotteistus, jota voidaan käyttää Tampereen kaupungin tilaajan ja tuottajan välisissä palvelusopimuksissa ja sopimusneuvotteluissa. Tämä oli myös ensimmäinen askel vaikuttavuuteen perustuvien hankintojen kehittämisessä.

Tämän saavuttamiseksi

1. muodostettiin kuusi palvelutuotetta RUG-III LTC/34-luokituksen pohjalle
2. kuvattiin kuuden palvelutuotteen sisällöt
3. laskettiin palvelutuotteille RUG-hintakomponentit
4. luotiin hinnoittelujärjestelmä.

## 4 Palvelujen tuotteistaminen

Tuotteistamiselle ei ole olemassa yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Tuotteistamisella voidaan tarkoittaa palvelujen konseptointia, systematisointia tai palvelujen standardoimista tuotteen kaltaiseksi vakioituksi hyödykkeeksi. (Jaakkola ym. 2009.) Tuotteistaminen on myös palvelutoiminnan jäsentämistä palvelukokonaisuuksiksi eli tuotteiksi, joille on määriteltävä sisältö, käyttötarkoitus, laatu ja hinta (Tyni ym. 2009). Tuotteistaminen on palveluiden eri osien vakioimista siten, että palvelua ei tarvitse pohtia jokaisen asiakkaan kohdalla uudelleen. Tuotteen tunnuspiirre on, että tuote voidaan tuottaa vastaavan sisältöisenä uudestaan. Tuotteistuksen perusidea on tuotekuvaus: mitä tuoteselosteessa lukee, kun tuote on myynnissä. (Stenvall & Airaksinen 2009; Tyni ym. 2009.) Toisaalta tuotteistaminen ei poista palveluiden räätälöintiä. Tuotteistamisessa on tärkeää, että palvelutuotteiden taustalla on asiakastarpeet organisaation osaamisen lisäksi. Tärkeää on päättää mitä palveluja lähdetään tuotteistamaan, mille asiakasryhmille ja missä laajuudessa. Asiakaslähtöisyys ja tuotteistaminen liittyvät tiiviisti toisiinsa. (Länkinen 2005; Stenvall & Airaksinen 2009.)

Hyvin toteutettu tuotteistus tukee asiakkaan tarpeiden mukaista palvelua/hoittoa sekä luovuutta ja joustavuutta palvelujen tuottamisessa. Tuotteistaminen antaa mahdollisuuden parempaan laatuun ja laadun varmistamiseen, koska laatukriteereistä voidaan sopia ja niitä voidaan mitata. Jatkuva tuotekehitys mahdollistaa laatutason nostamisen. (Holma 2006; Parantainen 2005.) Tuotteistettu palvelu on tasalaatuisempaa, jolloin asiakkaan laatuodotusten ja koetun laadun kuilu pienenee (Länkinen 2005). Tuotteistaminen saattaa vähentää yksittäisten työntekijöiden omien näkemysten mukaisia suorituksia ja täten tasata palvelun laatua (Sarakorpi 2008).

Tuotteistaminen tehostaa organisaation johtamista, koska se ohjaa selkiinnyttämään strategioita ja toimintatapoja pohdittaessa mitä osaamista kehitetään ja mihin tuotteisiin keskitytään. Tällöin resurssien kohdentaminen oikeisiin kohteisiin helpottuu. Esimiehille yksi johtamisen työvälineitä on palvelutuotteet, joiden avulla esimiehet voivat varmistaa resurssien käytön etukäteen sovitulla tavalla. (Sipilä 1999b.) Prosessijohtamisessa prosessien tulisi kohdistua ja vastata asiakkaan tarpeisiin. Oletuksena on, että prosessit tuottavat mm. haluttuja tuloksia, ovat joustavia ja muuttuviin olosuhteisiin sopeutuvia. Prosessien kautta haluttuja tuotoksia voidaan nimittää palvelutuotteiksi. (Stenvall & Airaksinen 2009.) Tuotteistus antaa työkalun myös tulevaisuuden palvelutarpeiden tarkempaan arvioimiseen. Ei siis pelkästään arvio odotettavissa olevasta ikäihmisten lukumäärästä, vaan siitä, minkälaista palvelua he tarvitsevat.

## 4.1 Palveluiden tuotteistamisprosessi

Tuotteistamisprosessin lähtökohta on organisaation oma toiminta ja sisäinen ympäristö. Palvelutuotteiden valinta eli tuotteistettavaksi sopivien palveluiden tunnistaminen aloittaa tuotteistamisprosessin. Asiakastarpeen on ohjattava tuotteistamisprosessia ja palvelutuotteen määrittelyn lähtökohtana on asiakkaan palvelusta saama hyöty. Asiakastarpeista voidaan johtaa palvelun ominaisuudet. Palvelutuotteen ominaisuuksien perusteella tuotantokustannukset ovat paremmin ennustettavissa. (Sarakorpi 2008.)

Tuotteistusprosessimalleja on runsaasti. Lehtinen & Niinimäki (2005) ovat kehittäneet asiantuntijapalveluiden tuotteistusprosessimallin, joka jakaantuu neljään päävaiheeseen:

### 1. Valmistelutyöt

- Täsmennetään organisaation toiminta-ajatus ja perustehtävä
- Selvitetään ja ryhmitellään organisaation asiakasryhmät. Arvioidaan ja analysoidaan perustarpeet, odotukset ja palveluihin kohdistuvat vaatimukset
- Laaditaan tuoteluettelo, tehdään siitä nykytilaa ja tavoitetilaa kuvaava versio. Analysoidaan palvelutuotantoa ja toimintaprosesseja
- Koulutaudutaan ja hankitaan tietoa tuotteistamisesta.

### 2. Tuotteiden muodostaminen

- Kuvataan, analysoidaan ja arvioidaan keskeiset palvelu- ja tuotantoprosessit
- Rakennetaan tuotteiden hierarkia: palveluiden pääryhmät, palveluryhmät ja palvelut
- Tunnistetaan eri vaihtoehdot tuotteiden muodostamiseksi
- Laaditaan keskeisistä palveluista palvelukuvaus, jossa määritellään sisältö, käytötarkoitus ja hyödyt, tarvittaessa resurssien määrä sekä laatu
- Täsmennetään tuotteen kustannustekijät tuotantokuvausta hyödyntäen. Palvelut hinnoitellaan
- Laaditaan pelkistetty palveluluettelo ja rekisteröidään tuotteet.

### 3. Markkinointi

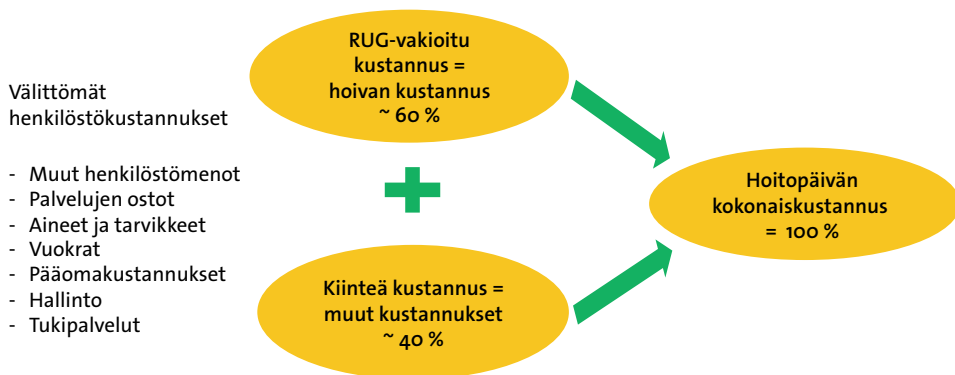
- Tehdään esitteet laadittujen palvelukuvausten pohjalta
- Kootaan palveluiden esittelykansio, jossa on palvelukuvaukset, organisaation toiminta-ajatus, tuotehierarkia, hinnat, asiakastutkimusten tulokset yms.

### 4. Seuranta ja arviointi

- Kehitetään tilasto- ja kustannuslaskentajärjestelmiä palvelun seurannan tarpeisiin
- Seurataan ja arvioidaan palveluiden menekkiä sekä tuotteiden vastaavuutta asiakkaiden tarpeisiin.

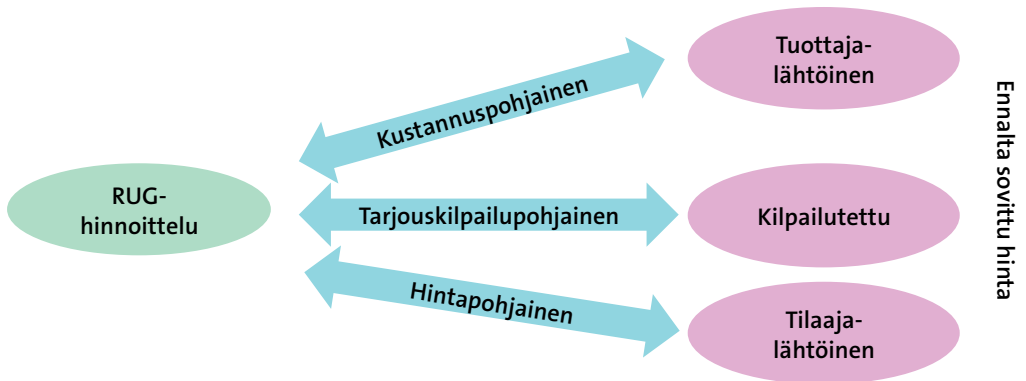
## 4.2 Palvelutuotteiden hinnoittelu

Tuotteistaminen edistää hinnoittelun läpinäkyvyyttä (Tyni ym. 2009). Tuotteistettu palvelu on helpompi ja riskittömämpi hinnoitella (Sipilä 1996). Tuotteistamalla palvelut luodaan perusta hinnoittelumallille. Eri tapoja luokitella palveluiden hinnoittelumalleja on useita. (Jaakkola ym. 2009.) Magnus Björkgrenin (Heikkilä & Wiili-Peltola 2010; Björkgren 2011) hinnoittelumallien lähtökohtana on se, että yhdistetään laitoshoidon kustannus-, toiminta- ja asiakasrakennetiedot. Näiden tietojen pohjalta voidaan laskea palvelutuotteille hinnat, jotka edustavat laitoshoidon kustannustasoa. RUG-pohjaisessa hoidon hinnoittelussa asiakasryhmä on hinnoittelun pohja. Laitoshoidossa kustannuslaskennan kannalta toiminnan tuotosta määritellään hoitovuorokautena. RUG-hintataulukot lasketaan kuvaamaan hoitovuorokauden hintaa eri palvelutuotteissa. Hoitovuorokauden hinta muodostuu kahdesta kustannuskomponentista: RUG-vakiodusta kustannuksesta ja kiinteästä kustannuksesta. Tuotteistushankkeessa päätettiin, että muuttuviin kustannuksiin (RUG-vakioitu) lasketaan ainoastaan välittömät henkilöstökustannukset ja kaikki muut kustannukset ovat kiinteitä. Näin ollen muuttuvien kustannusten eli RUG-vakioitujen kustannusten osuus on tällä hetkellä laitoshoidossa keskimäärin 60 % ja kiinteiden 40 % (kuvio 1.)



Kuvio 1. Hoitovuorokauden kokonaiskustannuksen muodostuminen (Björkgren 2011)

Kuviossa 2 on esitetty kolme erilaista maksujärjestelmämallia, jotka eroavat toisistaan, miten hintakomponentit määritellään. Kustannuspohjaisessa RUG-hinnoittelumallissa hyväksytään eroavaisuuksia tuottajien välillä RUG-vakiodussa ja kiinteässä kustannuksessa. Tarjouskilpailupohjaisessa RUG-hinnoittelumallissa tilaaja määrittelee RUG-vakiodun kustannuksen ja kiinteä kustannus määritellään tarjouskilpailun avulla. Hintapohjaisessa RUG-hinnoittelumallissa tilaaja määrittelee RUG-vakiodun ja kiinteän kustannuksen (Björkgren 2011.)



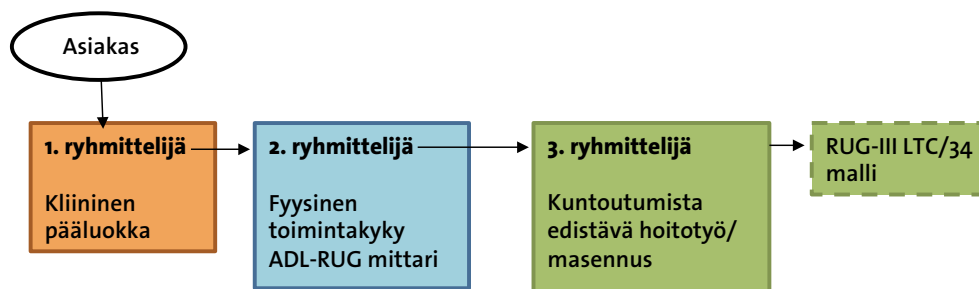
Kuvio 2. Maksujärjestelmämallit (Björkgren 2011)

Kun tuotteiden sisällöt on määritelty ja tuotteilla hinnat, sekä tilaaja että tuottaja tietää, mitä vaihdanta koskee ja mitä siitä seuraa. Tilaaja voi arvioida hankkimansa palvelun tuoman lisäarvon. (Aaltonen ym. 2007.)



## 5 RUG-III LTC/34-luokitus

Tampereen laitoshoidon tuotteistuksen lähtökohdaksi valittiin RAI-järjestelmään (Resident Assessment Instrument) sisältyvä RUG-III LTC/34 -luokitus (Resource Utilization Groups) kahdesta syystä: luokitus perustuu asiakkaiden tarpeisiin ja laitoshoidossa on pitkäaikainen kokemus RAI-arviointijärjestelmän käytöstä. RUG-luokitus on hierarkkinen, jonka avulla saadaan selville asiakkaan kliininen pääluokka ja sen alaryhmä ryhmittelijöiden avulla. Kuvioissa 3 ja 4 on kuvattu RUG-III LTC/34-luokituksen kolme ryhmittelijää (Björkgren ym. 1998).



Kuvio 3. RUG-III LTC/34-luokituksen ryhmittelijät (mukaellen Björkgren ym. 1998)

### Ensimmäinen ryhmittelijä: Kliininen pääluokka

RUG-III LTC/34-luokituksessa on seitsemän kliinistä pääluokkaa:

1. Monialainen kuntoutus (Special Rehabilitation)
2. Erittäin vaativa hoito (Extensive Care)
3. Erityishoito (Special Care)
4. Kliinisesti monimuotoinen (Clinically Complex)
5. Kognitiivisten toimintojen heikentyminen (Impaired Cognition)
6. Käytöshäiriöt (Behavior Problems)
7. Heikentynyt fyysinen toimintakyky (Reduced Physical Functions)

Kliiniset pääluokat on järjestetty hierarkkisesti voimavarakäytön mukaan. Soveltuakseen ensimmäiseen pääluokkaan Monialainen kuntoutus, täytyy asiakkaan täyttää pääluokan kriteerit. Mikäli asiakas ei sovellu pääluokkaan Monialainen kuntoutus,

testataan hierarkiassa seuraavaksi tulevan pääluokan (Erittäin vaativa hoito) kriteerit, sitten sitä seuraavan, kunnes kliininen pääluokka on määritelty. Taulukossa 1 on esitetty pääluokkien kriteerit.

Taulukko 1. RUG-III LTC/34 pääluokkien kriteerit (Björkgren ym.1998)

**1. MONIALAINEN KUNTOUTUS**

**Henkilön hoidon on täytettävä seuraavat kriteerit seitsemän vuorokauden aikana:**

Henkilö saa vähintään 150 minuuttia kuntoutusta minkä tahansa yhdistelmän fysio-, toiminta- tai puheterapiasta vähintään viiden päivän aikana.

*TAI vaihtoehtoinen kuntoutuskriteeri*

Henkilö saa vähintään 45 minuuttia kuntoutusta minkä tahansa yhdistelmän fysio-, toiminta- tai puheterapiasta vähintään kolmen päivän aikana ja vähintään kaksi hoitajan antamaa kuntoutusmuotoa vähintään kuuden päivän aikana vähintään 15 minuuttia/vuorokausi.

**2. ERITTÄIN VAATIVA HOITO**

*HUOM! Jos henkilö soveltuu Erittäin vaativa hoito pääluokkaan, mutta ADL-pisteet ovat 6 tai vähemmän → henkilö luokitellaan Erityishoito pääluokkaan*

**ADL-pisteet vähintään 7 ja vähintään yksi seuraavista:**

laskimonsisäinen ravitus, suonensisäinen lääkitys, imu, trakeostomian hoito, ventilaattori tai respiraattori

**3. ERITYISHOITO**

**ADL-pisteet vähintään 7 ja vähintään yksi seuraavista:**

diagnoosina CP ja ADL-pisteet 10 tai enemmän, diagnoosina MS ja ADL-pisteet 10 tai enemmän, diagnoosina tetraplegia ja ADL-pisteet 10 tai enemmän, kuume ja yksi seuraavista: keuhkokuume, kuiva, oksentelu, painonlasku, letkuravitus – pääosin laskimonsisäinen, letkuravitus – pääosin laskimonsisäinen ja afasia, kaksi tai useampi haavautuma tai 3. tai 4. asteen painehaava ja kaksi tai useampi ihon hoitomuoto, kirurgiset haavat tai ihorepaleita tai viilto/leikkuhaavoja (muut kuin kirurgiset) ja kirurginen haavan hoito tai siteet tai salvat/paikallislääkkeet, sädehoito, hengitysterapia seitsemänä päivänä viikossa

#### 4. KLIINISESTI MONIMUOTOINEN

**Henkilö täyttää vähintään yhden seuraavista kriteereistä:**

letkuruokinta – pääosin parenteraalinen, tajuton, septikemia, palovammoja (toisen tai kolmannen asteen)

kuiva (erittää enemmän nesteitä kuin ottaa), hemiplegia/hemipareesi ja ADL-pisteet 10 tai enemmän, keuhkokuume, dialyysi, lääkärin määräykset muutettu neljänä tai useampana päivänä ja yksi tai enemmän lääkärinkäyntiä tai lääkärinmääräykset muutettu kahtena tai useampana päivänä ja kaksi tai enemmän lääkärinkäyntiä 14 vuorokauden aikana, diabetes ja injektiot (päivittäin) ja lääkärinmääräykset muutettu kahtena tai useampana päivänä, verensiirrot, happihoito, jalan infektio tai jalan avohaava ja siteet

#### 5. KOGNITIIVISTEN TOIMINTOJEN HEIKENTYMINEN

**ADL-pisteet 4-10 ja kognitiiviset toiminnot ovat heikentyneet kaikissa seuraavissa:**

päätöksentekokyky, lähimuisti, ymmärretyksi tuleminen

#### 6. KÄYTÖSHÄIRIÖT

**ADL-pisteet 4-10 ja vähintään yksi käyttäytymiseen liittyvistä oireista:**

vaeltelu, karkea ja uhkaava kielenkäyttö, fyysinen pahoinpitely, sosiaalisesti sopimaton/häiritsevä käyttäytyminen, kielteinen suhtautuminen hoitoon, harhaisuus, harhaluuloisuus

#### 7. HEIKENTYNYT FYYSINEN TOIMINTAKYKY

Ei täytä muiden pääluokkien kriteereitä tai täyttää kognitiivisten toimintojen heikentymisen tai käytöshäiriöt kriteerit, mutta ADL-pisteet ovat 11 tai enemmän.

### Toinen ryhmittelijä: Fyysinen toimintakyky (ADL-RUG)/hoidot

RUG-III LTC/34 luokituksen kaikissa muissa pääluokissa paitsi Erittäin vaativa hoito toinen ryhmittelijä on asiakkaan fyysinen toimintakyky kuvattuna ADL-RUG mittarilla (taulukko 2). Mittarin asteikko on 4-18: alhaisin arvo 4 kuvaa omatoimista asiakasta ja korkein arvo 18 täysin autettavaa asiakasta.

Taulukko 2. RUG-III LTC/34 ADL-RUG mittari (Björkgren ym. 1998)

ADL-RUG toiminto	Pisteet
<b>Liikkuminen sängyssä, wc:n käyttö ja siirtyminen</b>	
Itsenäisesti tai ohjauksen tarvetta	1
Tarvitsee rajoitetusti apua	2
Tarvitsee runsaasti apua tai on täysin autettava:	
yhden henkilön fyysinen apu	4
kahden tai useamman henkilön apu	5
<b>Ruokailu</b>	
Itsenäinen tai ohjauksen tarvetta	1
Tarvitsee rajoitetusti apua	2
Tarvitsee runsaasti apua tai täysin autettava	3

Pääluokassa Erittäin vaativa hoito jakokriteerinä ovat hoidot (taulukko 3). Hoitojen määrä vaikuttaa siihen mikä alaryhmä tulee kyseeseen (taulukko 4).

Taulukko 3. Pääluokan Erittäin vaativa hoito jakokriteerit hoidot (Björkgren ym. 1998)

Hoidot	Pisteet
iv-infuusio	1
Pääryhmän Erityishoito kriteeri	1
Pääryhmän Kliinisesti monimuotoinen kriteeri	1
CPS mittarin arvo 3 tai enemmän	1
Laskimonsisäinen ravitsemus	1

Taulukko 4. Pääluokan Erittäin vaativa hoito alaryhmät (Björkgren ym. 1998)

Alaryhmä	RUG-III LTC/34 summapisteet
SE1	0 – 1
SE2	2 – 3
SE3	4 – 5

### Kolmas ryhmittelijä: Kuntoutumista edistävä hoitotyö/masennus

Masennus ja kuntoutumista edistävä hoitotyö ovat kolmas ryhmittelijä. Pääluokassa Kliinisesti monimuotoinen kolmas ryhmittelijä on masennus ja pääluokissa Kognitiivisten toimintojen heikentyminen, Käytöshäiriöt ja Heikentynyt fyysinen toimintakyky kuntoutumista edistävä hoitotyö. (taulukko 5.)

Taulukko 5. RUG-III LTC/34-luokituksen kolmas ryhmittelijä masennus ja hoitajien kuntoutumista edistävä hoitotyö (Björkgren ym. 1998)

### **MASENNUS**

Asiakkaan masennus huomioidaan silloin, kun masennukseen liittyviä oireita esiintyy kolme tai enemmän 1-7 päivänä viikossa. Masennuksen oireita:

- kielteiset ilmaukset
- toistuvat kysymykset
- toistuvat sanalliset ilmaukset
- jatkuva kiukku
- itsensä vähättely
- epärealistiset pelon ilmaisut
- terveyteen liittyvät toistuvat valitukset
- ilmaisee toistuvasti arvelevansa, että jotain kauheata tapahtuu
- toistuva ei-terveyteen liittyvät ahdistuneet valitukset
- huonotuulisuus aamuisin
- unettomuus
- surullinen, kivulias, huolestunut ilme
- itku, kyynelehtiminen
- toistuvat fyysiset eleet
- aktiviteeteista vetäytyminen
- sosiaalisen kanssakäymisen vähentyminen

### **KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ**

Kriteeri toteutuu, kun asiakas saa ainakin kaksi seuraavista kuntoutusmuodoista vähintään 15 minuuttia päivässä kuutena päivänä viikossa:

- mikä tahansa ohjelmoitu wc-opetus ja/tai rakon uudelleen koulutusohjelma<sup>1</sup>
- passiivinen ja/tai aktiivinen liikehoito<sup>1</sup>
- avustaminen lastan tai tuen käytössä
- vuoteessa liikkuminen ja/tai käveleminen<sup>1</sup>
- siirtyminen
- pukeutuminen tai siistiytyminen
- syöminen tai nieleminen
- amputaatio/proteesin hoito
- kommunikaatio

<sup>1</sup> lasketaan yhtenä kuntouttavana toimena mikäli molemmat toteutuvat

Alaryhmät kuvaavat asiakkaan hoidon vaativuuden ohella hoitoon käytettyä aikaa, joka määritellään kustannuspainon suhdelukuna. Kustannuspainossa keskiarvo 1 tarkoittaa keskimäärin resursseja käyttäviä asiakkaita. Kustannuspaino kuvaa sitä, kuinka paljon henkilökunnan aikaa ja apua asiakas saa verrattuna keskivertoasiakkaan käyt-

tämään ajan ja avun määrään. Kustannuspaino 1,10 tarkoittaa, että asiakas saa 10 % enemmän henkilökunnan aikaa ja apua kuin keskivertoasiakas. Vastaavasti kustannuspaino 0,70 tarkoittaa, että asiakas saa 30 % vähemmän henkilökunnan aikaa ja apua. Kuviossa 4 on kuvattu RUG-III LTC/34 luokitusjärjestelmä.



\* ei masennusta

\*\* masennus

<sup>1</sup> ei kuntoutumista edistävää hoitotyötä

<sup>2</sup> kuntoutumista edistävää hoitotyötä

Kuvio 4. RUG-III LTC/34 luokitusjärjestelmä

## 6 Tampereen kaupungin laitoshoidon tuotteistuksen empiirinen tarkastelu

### 6.1 Aineisto

Tampereen kaupungin laitoshoidon tuotteistusta tarkastellaan RAI-LTC arviointi-aineistojen avulla (RAI-tietokanta, Ikäihmisten palvelut –yksikkö, THL 2011). RAI-LTC arviointiaineistot muodostuivat Koukkuniemen vanhainkodin, Rauhaniemen sairaalan, Kaupin sairaalan ja Hatanpään puistosairaalan psykogeriatrinen osastojen asiakkaiden RAI-arvioinneista (Taulukkoa 6). Tarkasteluun asiakkaiden siirtymistä palvelutuotteesta toiseen ja lyhytaikaiset asiakkaat, muodostettiin aineisto, jossa samat asiakkaat olivat kolmessa eri tiedonkeruuaineistossa 1.10.2009 – 31.3.2011.

Taulukko 6. Asiakkaiden RAI-arviointien lukumäärät eri yksiköissä

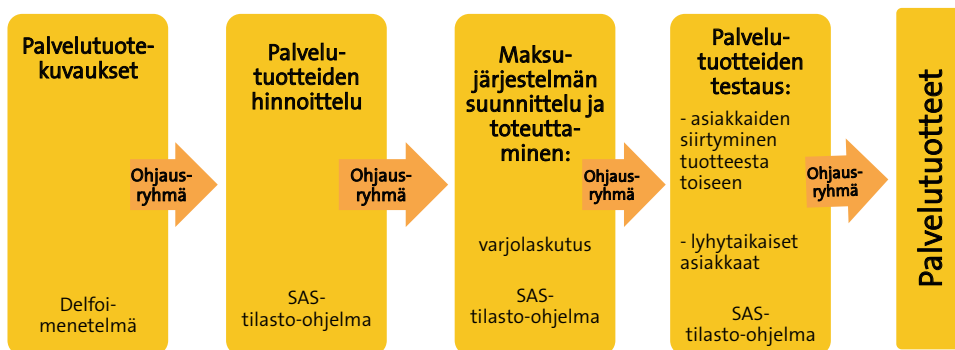
Palveluntuottaja	Asiakkaiden RAI-arvioinnit, lukumäärä		
	2009_2 (1.10.2009-31.3.2010)	2010_1 (1.4.2010-30.9.2010)	2010_2 (1.10.2010-31.3.2011)
Koukkuniemen vanhainkoti	573	569	541
Rauhaniemen sairaala	243	278	332
Kaupin sairaala	328	321	336
Hatanpään puistosairaala	169	186	182
Yhteensä	1313	1354	1391

Lähde: RAI-tietokanta, Ikäihmisten palvelut –yksikkö, THL 2011

### 6.2 Menetelmät

Palvelutuotteiden sisältökuvaukset tehtiin käyttäen apuna Delfoi-menetelmää, joka on kyselytutkimusta lähestyvä laadullinen menetelmä. Delfoi-tutkimus tulee ymmärtää pikemminkin lähestymistavaksi kuin itsenäiseksi tutkimusmenetelmäksi. Delfoi-menetelmän peruseräitä ovat asiantuntijoiden käyttö, anonymiteetti, toistaminen ja palaute asiantuntijoille sekä asiantuntijoiden mielipiteen lähestyminen kohti konsensusta. Kyselykierroksia toteutettiin niin kauan kuin saatiin yksimielisyys. Paneeliin

osallistuvien asiantuntijoiden kannanotot ovat tasavertaisia. (Hyttinen & Aavarinne 2000.) Tilastolliset analyysit tehtiin RAI-aineistosta käyttämällä suoria jakaumia, keskiarvoja ja ristiintaulukointia. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilasto-ohjelmaa. Kuviossa 5 on esitetty tuotteistusprosessi.

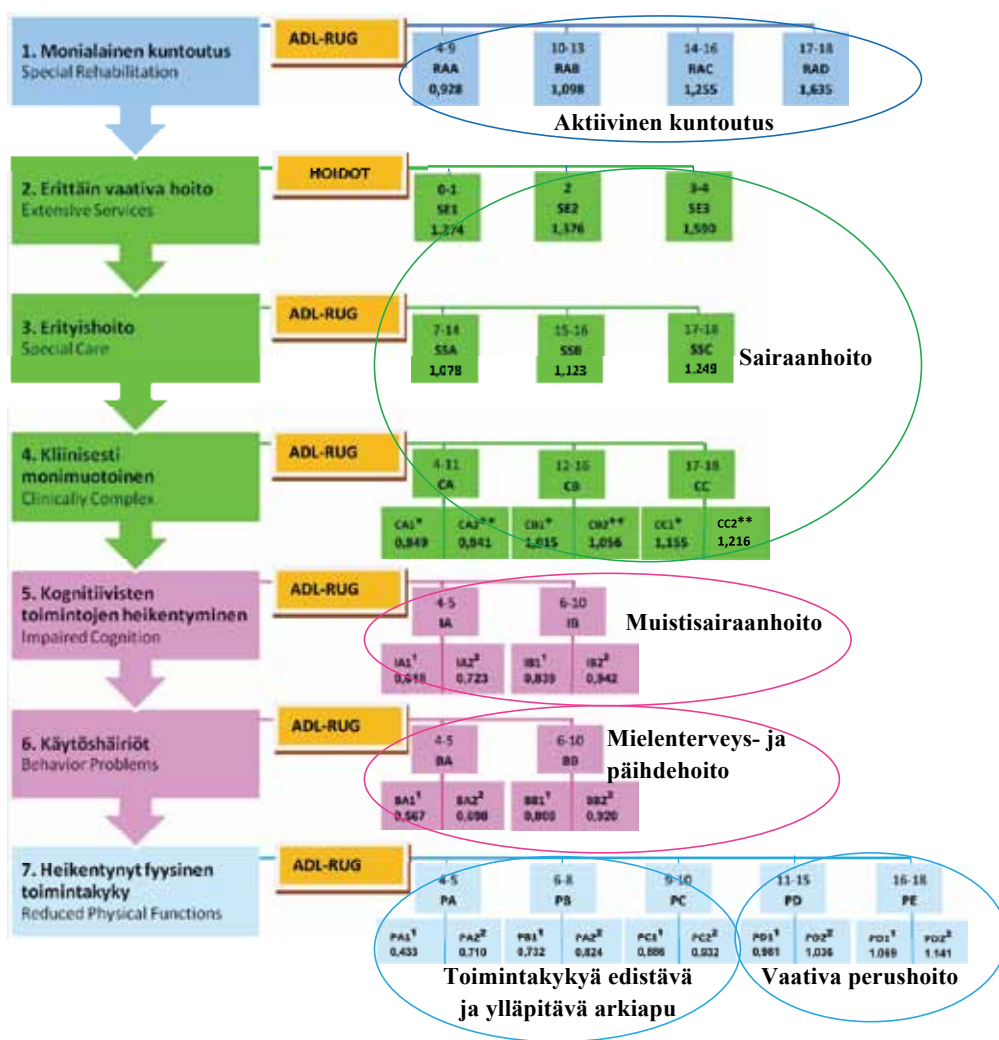


Kuvio 5. Tuotteistusprosessi

## 6.3 Palvelutuotteet

Tampereen kaupungin laitoshoidon asiakasryhmittelyyn perustuva tuotteistus pohjautuu RUG-III LTC/34 luokitukseen (Kuvio 4). Palvelutuotekuvausten projektiryhmässä ja tuotteistuksen ohjausryhmässä pohdittiin, kuinka monta palvelutuotetta muodostettaisiin RUG-luokituksen pohjalle ja miten. RUG-luokituksen pääluokkien kriteerit ohjasivat palvelutuotteiden määrässä, koska haluttiin sisällöltään toisistaan eroavat palvelutuotteet. Lopulta päädyttiin kuuteen palvelutuotteeseen, jotka on esitetty kuviossa 6.





Kuvio 6. RUG-III-LTC/34 pohjalle muodostetut kuusi tuotetta

Taulukossa 7 on esitetty palvelutuotteet ja niiden kustannuspainot palvelutyypeittäin (vanhainkotihoito ja sairaalahoido). Palvelutuotteen kustannuspaino muodostuu palvelutuotteeseen kuuluvien asiakkaiden kustannuspainojen keskiarvosta. Palvelutuotteet ovat ryhmitelty taulukossa siten, että kustannuspainoltaan kevyin palvelutuote on ensimmäisenä ja viimeisenä raskain palvelutuote.

Taulukko 7. Palvelutuotteet, RUG-III LTC/34 alaryhmät ja kustannuspainot

Tuote	RUG-III LTC/34 alaryhmät	Kustannuspaino	
		Vanhainkotihoito	Sairaalahoito
Toimintakykyä edistävä ja tukeva arkiapu	PA1, PA2, PB1, PB2, PC1, PC2	0,627	0,655
Mielenterveys- ja päihdehoito	BA1, BA2, BB1, BB2	0,704	0,716
Muistisairaanhoido	IA1, IA2, IB1, IB2	0,825	0,802
Vaativa perushoido	PD1, PD2, PE1, PE2	1,080	1,087
Sairaalahoito	SE1, SE2, SE3, SSA, SSB, SSC, CA1, CA2, CB1, CB2, CC1, CC2	1,102	1,109
Aktiivinen kuntoutus	RAA, RAB, RAC, RAD	1,079	1,116

## Taustatiedot

Taulukossa 8 on esitetty kuusi palvelutuotetta palvelutyypeittäin (vanhainkotihoito ja sairaalahoido). Pisimmät hoitoajat vanhainkotihoitossa ja sairaalahoidossa olivat tuotteissa Mielenterveys- ja päihdehoito ja Vaativa perushoido. Vastaavasti lyhyimmät hoitoajat olivat vanhainkotihoitossa tuotteissa Aktiivinen kuntoutus ja Muistisairaanhoido ja sairaalahoidossa Aktiivinen kuntoutus, Muistisairaanhoido ja Toimintakykyä ylläpitävä ja tukeva arkiapu.

Taulukko 8. Asiakkaiden määrä, sukupuoli, ikä ja keskimääräinen hoitoaika tuotteissa palvelutyypeittäin

	Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	Mielen-terveys- ja päihdehoito	Muisti-sairaanhoito	Vaativa perushoito	Sairaanhoito	Aktiivinen kuntoutus
<b>Tampereen kaupunki, vanhainkotihoito</b>						
RAI-arvioidut asiakkaat, lkm	82	25	141	269	217	4
Naisia, lkm	63	15	108	215	149	2
75 v. tai yli, lkm	76	21	131	247	191	4
Hoitoaika, ka vuosia	3,5	3,0	2,8	4,0	3,8	1,8
<b>Tampereen kaupunki, sairaalahoito</b>						
RAI-arvioidut asiakkaat, lkm	40	21	97	171	350	78
Naisia, lkm	27	16	67	124	231	53
75 v. tai yli, lkm	29	7	63	145	275	59
Hoitoaika, ka vuosia	1,0	4,0	1,5	2,7	1,1	0,5

lkm = lukumäärä

ka = keskiarvo

## Toimintakyky

Asiakkaiden kognitio oli keskimääräisesti heikentynyt palvelutuotteissa Muistisairaanhoito, Vaativa perushoito ja Sairaalahoito sekä vanhainkotihoitossa että sairaalahoidossa. Matalin keskiarvo oli palvelutuotteessa Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu ja korkein palvelutuotteessa Muistisairaanhoito. Asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn ongelmat painottuivat palvelutuotteissa Vaativa perushoito ja Sairaanhoito. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Asiakkaiden toimintakyvyn ulottuvuuksia tuotteissa palvelutyypeittäin

Tuotetaso	Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu		Mielen-terveys- ja päihdehoito		Muisti-sairaan-hoito		Vaativa perushoito		Sairaanhoido		Aktiivinen kuntoutus	
Tampereen kaupunki, vanhainkotihoito												
RAI-arvioidut asiakkaat	82		25		141		269		217		4	
	ka <sup>1</sup>	std <sup>2</sup>	ka <sup>1</sup>	std <sup>2</sup>	ka <sup>1</sup>	std <sup>2</sup>	ka <sup>1</sup>	std <sup>2</sup>	ka <sup>1</sup>	std <sup>2</sup>	ka <sup>1</sup>	std <sup>2</sup>
Kognitio (CPS, 0-6)	1,22	0,82	1,52	0,71	3,38	0,70	4,03	1,58	3,65	1,80	2,50	2,08
Fyysinen toimintakyky (ADLH, 0-6)	1,67	1,05	1,72	0,94	2,31	0,93	4,86	1,00	4,43	1,57	3,50	1,00
Tampereen kaupunki, sairaalahoito												
RAI-arvioidut asiakkaat	40		21		97		171		350		78	
	ka <sup>1</sup>	std <sup>2</sup>	ka <sup>1</sup>	std <sup>2</sup>	ka <sup>1</sup>	std <sup>2</sup>	ka <sup>1</sup>	std <sup>2</sup>	ka <sup>1</sup>	std <sup>2</sup>	ka <sup>1</sup>	std <sup>2</sup>
Kognitio (CPS, 0-6)	1,18	0,78	1,10	0,70	3,60	0,86	4,31	1,62	3,04	1,89	2,22	1,65
Fyysinen toimintakyky (ADLH, 0-6)	1,35	1,25	1,33	1,06	1,85	1,07	5,06	1,02	3,75	1,96	3,22	1,46

ka<sup>1</sup> = keskiarvo

std<sup>2</sup> = keskihajonta

## 6.4 Palvelutuotekuvaukset

### Projektiryhmä I-kierros

Projektiryhmän asiantuntijat valittiin siten, että he edustivat yhdessä monipuolisesti Tampereen kaupungin laitoshoidoa. Asiantuntijat olivat muistisairauksien-, kuntoutus-, sairaala-, vanhainkoti- ja psykiatriasiltta osastoilta.

Projektiryhmän paneelikeskustelun pohjana olivat asiakasrakenneluokitus RUG-III LTC/34-luokitus ja sen kriteerit. Projektiryhmä jakaantui kuuteen ryhmään kunkin osallistujan asiantuntijuuden mukaan. Ryhmät työstivät palvelutuotekuvauksia ja sähköpostin avulla kommentoivat toisten ryhmien tuotoksia. Kommenttien yksimielisyyden mukaan palvelutuotekuvauksia muokattiin. Tehdyt palvelutuotekuvaukset vietiin tuoteteistuksen ohjausryhmän ja organisaation osastoille työntekijöiden kommentoitavaksi. Ohjausryhmä muodostui tuotantopuolen johtajasta, johtavista esimiehistä, hoitotyön asiantuntijasta ja harrastustoiminnan ohjaajasta sekä tilaajapuolen edustajista. I-kierroksen tuotekuvaukset on esitetty liitteessä 1.

Palvelutuotekuvaukset laitettiin kommentointikierrokselle osastoille, tilaajaryhmälle ja tuoteteistuksen ohjausryhmän jäsenille. Seuraavanlaisia kommentteja saatiin vastauksiksi:

*Kuntouttavassa hoidossa painopiste on liikaa fysioterapeuttien ja muiden terapeuttien työssä. Näillä on tärkeä rooli hoitosuunnitelman tekemisessä ja hoitajien ohjauksessa.*

*Kuntoutuksessa näkyy kyllä ulkoapäin tuotettu viriketoiminta mm. Kulttuurikaari, mutta missä on hoitajan arjessa tekemä kuntouttava hoitotyö ja virikeohjaus?*

*Kävimme keskustelua siitä, pitäisikö tässä ryhmässä näkyä yksinäisyys, turvattomuus.*

*Palvelukuvausten tulisi olla riittävän informatiivisia, että tarjoaja pystyisi niiden perusteella tekemään tarjouksensa.*

*Kävimme pitkää keskustelua siitä, kuvaavatko tuotekuvaukset riittävästi muunkin kuin terapiatyöntekijöiden osuutta hoidossa.*

## Projektiryhmä II-kierros

Projektiryhmä työsti tuotekuvauksia eteenpäin huomioiden saadut kommentit. Työstämisen jälkeen tuotekuvaukset olivat samat vanhainkotihoitoon ja sairaalahoitoon. Samalla tuotenimet tarkentuivat. II-kierroksen tuotekuvaukset on esitetty liitteessä 2.

## Palvelutuotekuvaukset

Osa projektiryhmän ja ohjausryhmän jäsenistä työstivät II-kierroksen tuotekuvauksia vielä eteenpäin. Taulukossa 8 on esitetty palvelutuotekuvaukset.

Taulukko 10. Palvelutuotekuvaukset

<b>Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu (PA1, PA2, PB1, PB2, PC1, PC2)</b> <i>Asiakkaan ensisijainen tarve on vaihteleva apu perushoitoon liittyvissä toiminnoissa, jotta hänen toimintakykynsä kohenee tai pysyy ennallaan</i>	
Asiakkaan RAI-arvioinnista saatava tieto:	Fyysinen toimintakyky (fyysinen toimintakyky melko hyvä, usko omaan kykyynsä parantaa fyysistä toimintakykyään itsenäisemmäksi) Sosiaalinen toimintakyky (osallistuminen laitoksen elämään)
Henkilöstön osaaminen	Henkilöstö kykenee arvioimaan asiakkaan kuntoutumista edistävän toiminnan vaikuttavuutta hänen toimintakykynsä
Resurssi	Kustannuspaino 2009_2 (RAI-tietokanta, Ikäihmisten palvelut yksikkö, THL) · vanhainkotihoito 0,627, sairaalahoito 0,655
<b>Mielenterveys- päihdehoito (BA1, BA2, BB1, BB2)</b> <i>Asiakkaan ensisijainen tarve on psykososiaalinen tuki, jotta hänen toimintakykynsä kohenee tai pysyy ennallaan</i>	
Asiakkaan RAI-arvioinnista saatava tieto:	Psyykinen toimintakyky (käyttäytymiseen liittyvät oireet, toistuvat kuoleman ajatukset, mielialaan, käytökseen ja kognitioon vaikuttaminen, harrasteisiin osallistumisaika) Psykososiaalinen toimintakyky (aloitekyky ja osallistuminen, epävakaa ihmissuhteet)
Henkilöstön osaaminen	Henkilöstö kykenee arvioimaan asiakkaan psykiatrisen hoidon vaikuttavuutta psykososiaaliseen toimintakykyyn
Resurssi	Kustannuspaino 2009_2 (RAI-tietokanta, Ikäihmisten palvelut yksikkö, THL) · vanhainkotihoito 0,704, sairaalahoito 0,716

<b>Muistisairaanhoito (IA1, IA2, IB1, IB2)</b> <i>Asiakkaan ensisijainen tarve on kognitiivinen ja psykososiaalinen tuki, jotta hänen toimintakykynsä kohenee tai pysyy ennallaan</i>	
Asiakkaan RAI-arvioinnista saatava tieto:	Kognitiivinen toimintakyky (alentunut päätöksentekokyky, lähimuistiongelmia, ymmärretyksi tulemisen ongelmaa) Psykososiaalinen toimintakyky (aloitekyky ja osallistuminen, epävakaa ihmssuhteet)
Henkilöstön osaaminen	Henkilöstö kykenee arvioimaan muistisairaan asiakkaan hoidon vaikuttavuutta kognitiiviseen ja psykososiaaliseen toimintakykyyn
Resurssi	Kustannuspaino 2009_2 (RAI-tietokanta, Ikäihmisten palvelut yksikkö, THL) · vanhainkotihoito 0,704, sairaalahoito 0,716
<b>Vaativa perushoito (PD1, PD2, PE1, PE2)</b> <i>Asiakkaan ensisijainen tarve on ympärivuorokautinen apu päivittäisissä toiminnoissa, sairauksien hoidossa sekä kivun ja muiden oireiden lievittämisessä erityisesti elämän päättyessä, jotta hänen elämänlaatuunsa olisi hyvä</i>	
Asiakkaan RAI-arvioinnista saatava tieto:	Fyysinen toimintakyky on huomattavasti alentunut Sairauden hoito (diagnoosit, lääkitys, kipu, terveydentilan vakaus), Ihon hoito, Ravitsemustila
Henkilöstön osaaminen	Henkilöstö kykenee arvioimaan muistisairaan asiakkaan hoidon vaikuttavuutta hänen elämänlaatuunsa
Resurssi	Kustannuspaino 2009_2 (RAI-tietokanta, Ikäihmisten palvelut yksikkö, THL) · vanhainkotihoito 1,080, sairaalahoito 1,087
<b>Sairaanhoito (SE1, SE2, SE3, SSA, SSB, SSC, CA1, CA2, CB1, CB2, CC1, CC2)</b> <i>Asiakkaan ensisijainen tarve on saada sairaanhoidollista apua, jotta hänen sairautensa eteneminen hidastuu tai sairaus paranee ennen sairastumista olleeseen tilanteeseen</i>	
Asiakkaan RAI-arvioinnista saatava tieto:	Sairauden hoito (diagnoosit, lääkitys, kipu, erityishoidot, toiminnot ja ohjelmat, terveydentilan vakaus), Ihon hoito Päivystyspoliklinikkäyynnit/Hoitojaksot sairaalassa (erikoissairaanhoito) Fyysinen toimintakyky Kognitiivinen toimintakyky (alentunut päätöksentekokyky, lähimuistiongelmia, ymmärretyksi tulemisen ongelmaa)
Henkilöstön osaaminen	Henkilöstö kykenee arvioimaan sairaanhoidollisten toimintojen vaikuttavuutta asiakkaan terveydentilaan
Resurssi	Kustannuspaino 2009_2 (RAI-tietokanta, Ikäihmisten palvelut yksikkö, THL) · vanhainkotihoito 1,102, sairaalahoito 1,109
<b>Aktiivinen kuntoutus (RAA, RAB, RAC, RAD)</b> <i>Asiakkaan ensisijainen tarve on toimintakyvyn koheneminen tai palautuminen ennusteen mukaiseksi</i>	
Asiakkaan RAI-arvioinnista saatava tieto:	Asiakas saa vähintään 45 minuuttia terapeutin (fysio-, toiminta- tai puheterapeutti) antamaa kuntoutusta vähintään kolmen päivän aikana JA vähintään kaksi hoitajan antamaa kuntoutusmuotoa vähintään kuuden päivän aikana · fyysinen toimintakyky, kognitiivinen toimintakyky, terveydentilan vakaus
Henkilöstön osaaminen	Henkilöstö kykenee arvioimaan asiakkaan kuntoutumisen vaikuttavuutta hänen toimintakykynsä
Resurssi	Kustannuspaino 2009_2 (RAI-tietokanta, Ikäihmisten palvelut yksikkö, THL) · vanhainkotihoito 1,079, sairaalahoito 1,116

---

## 6.5 Palvelutuotteiden hinnoittelu

Vanhainkotihoidolle ja sairaalahoidolle laskettiin erilliset RUG-vakioidut hoitovuorokausihinnat yksiköiden keskimääräisen asiakasrakenteen pohjalta. Sairaalahoidon hinnoittelussa huomioitiin Rauhaniemen sairaalan ja Kaupin sairaalan kustannukset. Hatanpään puistosairaalan psykiatriaset osastot jätettiin pois, koska hoitajien kokemusten mukaan RUG-luokituksessa ei näy kokonaan mielenterveysasiakkaiden avun ja ajan tarve. Vuoden 2012 hintoja laskettaessa käytettiin kustannustietona yksiköiden vuoden 2012 budjetoituja kustannuksia. Vanhainkotihoidon ja sairaalahoidon kustannuspainot olivat keskimääräisiä kustannuspainoja, jotka olivat asiakkaiden arviointien mukaan painotettuja keskiarvoja kolmesta RAI-aineistosta (THL:n RAI-aineistot 2010\_1, 2010\_2 ja 2011\_1). Palvelutuotteiden hintojen laskenta oli kaksivaiheinen. Ensin laskettiin vanhainkotihoitoon ja sairaalahoitoon kustannuskomponentit ja niiden pohjalta laskettiin hintataulukot.

### Vanhainkotihoidon ja sairaalahoidon kustannuskomponentit

Kustannuskomponentit ovat RUG-vakioitu hoitovuorokauden kustannus ja kiinteä hoitovuorokauden kustannus. Kustannuskomponenteilla tarkoitetaan niitä kustannuslajeja, joista palvelutuotteen kokonaiskustannus muodostuu. Kustannukset on jaettu välittömiin henkilöstökustannuksiin, jotka on vakioitu kustannuspainolla (RUG vakioitu kustannus) ja muihin ei vakioituihin kustannuksiin (kiinteä kustannus). Vakioitavat kustannukset ovat sellaisia, joiden oletetaan vaihtelevan hoitoisuuden mukaan. Vuoden 2012 hintojen laskennassa päädyttiin käyttämään välittömiä henkilöstökustannuksia vakioitavina kustannuksina. Muut kustannukset muodostavat kiinteän kustannuksen osuuden. Kiinteitä kustannuksia ovat muut henkilöstömenot kuin välittömät henkilöstökustannukset, palvelujen ostot, aineet, tarvikkeet ja tavarat, vuokrat, pääomakustannukset ja vyörytykset. Tällä tavoin huomioitiin kaikki hoidon kustannukset hoitovuorokauden hinnan laskennassa.

### RUG-vakioitu hoitovuorokauden kustannus

RUG-vakioitu hoitovuorokauden kustannus saatiin jakamalla hoitotyön kustannukset (välittömät henkilöstökustannukset) yksikön keskimääräisellä RUG-kustannuspainolla ja jakamalla tämä tuotettavilla hoitovuorokausilla. Yksikön keskimääräinen kustannuspaino oli laitoksessa olevien asiakkaiden kustannuspainojen arvioinneilla painotettu keskiarvo. Keskimääräinen kustannuspaino oli vanhainkotihoidossa 0,995 ja sairaalahoidossa 1,051 (taulukko 9.)

Taulukko 11. RUG vakioidut hoitovuorokauden kustannukset

	Vanhainkotihoito	Sairaalahoito
<b>RUG-vakioitu hoitovuorokauden kustannus</b> (Kustannuspaino CMI=1,000)	95,04 €	119,18 €
Välittömät henkilöstökustannukset	18 891 401 €	22 357 259 €
Yksikön keskimääräinen kustannuspaino	0,995	1,051
Hoitopäivät	199 762	178 485

### Kiinteä hoitovuorokauden kustannus

Kiinteä hoitovuorokauden kustannus laskettiin jakamalla muut kustannukset (muut kuin välittömät henkilöstömenot) hoitovuorokausien määrillä. Muita kustannuksia ovat muut henkilöstömenot kuin välittömät henkilöstökustannukset, palvelujen ostot, aineet, tarvikkeet ja tavarat, vuokrat, pääomakustannukset ja vyörytykset (laitoshoidon hallinto, sairaalahoidon hallinto, tukipalvelut (taulukko 10.)

Taulukko 12. Kiinteän hoitovuorokauden kustannukset

	Vanhainkotihoito	Sairaalahoito
Kiinteä hoitovuorokauden kustannus	79,25 €	75,32 €
Muut kustannukset	15 831 381 €	13 443 955 €
Hoitopäivät	199 762	178 485

### Yksikkökohtainen hintataulukko

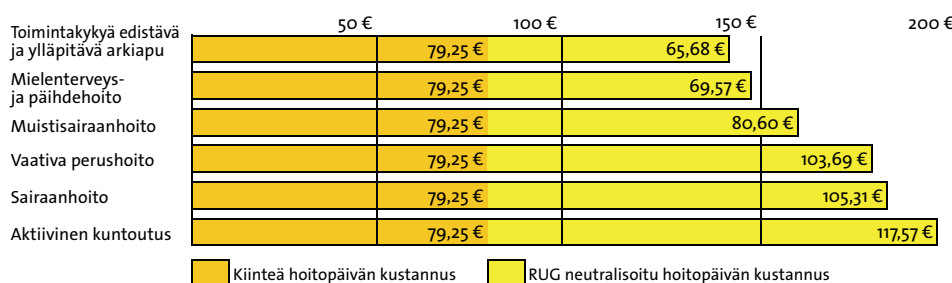
Tuoteryhmien palvelutuotteiden hinnat saatiin kertomalla yksikön RUG-vakioitu hoitovuorokauden kustannus tuoteryhmän kustannuspainolla ja lisäämällä tähän kiinteän hoitovuorokauden kustannus. Palvelutuotteen kustannuspaino on painotettu keskiarvo tuotteeseen kuuluvien asiakkaiden kustannuspainoista. Taulukossa 11 on vanhainkotihoitoisuuden vuoden 2012 hintataulukko. Vanhainkotihoitossa halvimman ja kalleimman tuotteen ero oli 52 euroa. Taulukossa 12 on kuvattu kustannuskomponentit eli mistä hinta muodostui.



Taulukko 13. Vanhainkotihoiton hintataulukko

	Tuotteen kustannuspaino (CMI)		RUG vakioitu hoitopäivän kustannus		Kiinteä hoitopäivän kustannus		Hoitopäivän kustannus
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	0,691	x	95,04 €	+	79,25 €	→	144,93 €
Mielenterveys- ja päihdehoito	0,732	x	95,04 €	+	79,25 €	→	148,82 €
Muistisairaanhoito	0,848	x	95,04 €	+	79,25 €	→	159,85 €
Vaativa perushoito	1,091	x	95,04 €	+	79,25 €	→	182,95 €
Sairaanhoito	1,108	x	95,04 €	+	79,25 €	→	184,56 €
Aktiivinen kuntoutus	1,237	x	95,04 €	+	79,25 €	→	196,82 €

Taulukko 14. Vanhainkotihoiton kustannuskomponentit



Vastaavasti sairaalahoidoon tehtiin oma hintataulukko (Taulukko 11). Sairaalahoidossa halvimman ja kalleimman tuotteen ero oli 64 euroa. Taulukossa 12 on esitetty kustannuskomponentit.

Taulukko 15. Sairaalahoiton hintataulukko

	Tuotteen kustannuspaino (CMI)		RUG vakioitu hoitopäivän kustannus		Kiinteä hoitopäivän kustannus		Hoitopäivän kustannus
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	0,608	x	119,18 €	+	75,32 €	→	147,79 €
Mielenterveys- ja päihdehoito	0,712	x	119,18 €	+	75,32 €	→	160,18 €
Muistisairaanhoito	0,794	x	119,18 €	+	75,32 €	→	169,95 €
Vaativa perushoito	1,096	x	119,18 €	+	75,32 €	→	205,95 €
Sairaanhoito	1,09	x	119,18 €	+	75,32 €	→	205,23 €
Aktiivinen kuntoutus	1,143	x	119,18 €	+	75,32 €	→	211,55 €

Taulukko 16. Sairaalahoidon kustannuskomponentit

	50 €	100 €	150 €	200 €
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	75,32 €		72,46 €	
Mielenterveys- ja päihdehoito	75,32 €		84,86 €	
Muistisairaanhoito	75,32 €		94,63 €	
Vaativa perushoito	75,32 €			130,62 €
Sairaanhoito	75,32 €			129,91 €
Aktiivinen kuntoutus	75,32 €			136,23 €

Kiinteä hoitopäivän kustannus
  RUG neutralisoitu hoitopäivän kustannus

## 6.6 Tilaaajan ja tuottajan välinen palvelusopimus

Vuosittain talousarvion yhteydessä hyväksyttävät palvelujen hankinnan ja kilpailutuksen periaatteet määrittävät tilaajaryhmän ikäihmisten palvelujen ja laitoshoidon tuotantoalueen rooleja palvelujen hankinnassa. Tilaaajan ja tuottajan välisissä palvelusopimusneuvotteluissa sovitaan tulevan sopimusvuoden vanhainkotihoidon ja sairaalahoidon paikkamääristä, tuotettavista hoitovuorokausista palvelutuotteittain ja tilauksen kokonaissummasta. Palvelusopimuksen tarkistusosassa on esitetty palvelutuotekuvaukset, laatu- ja vaikuttavuustavoitteet, kriteerit ja raportointikäytännöt.

Palvelutuotteiden hintojen laskennassa käytettiin kolmen viimeisimmän RAI-aineiston kustannuspainojen arvioinneilla painotettuja keskiarvoja ja arviointimääriä. Jos olisi käytetty vain viimeisimmästä RAI-aineistosta arvioineilla painotettuja kustannuspainoja, niin se olisi saattanut vääristää painokertoimia palvelutuotteissa, joissa oli vain muutaman asiakkaan RAI-arviointi. Tavoitteena oli, että palvelutuotteiden laskutus tehdään kuukausittain toteutuneiden hoitovuorokausien mukaan. Tämä ei vielä onnistunut, koska tietojärjestelmät eivät ”keskustele” keskenään. Sovittiin, että laskutus tehdään toteutuneiden hoitovuorokausien ja tuotejakoprosentin mukaan. Samalla suoritettiin varjolaskentaa palvelutuotekohtaisista toteutuneista hoitovuorokausista. Sopimusvuoden lopussa tarkastettiin vanhainkotihoidon ja sairaalahoidon hoitovuorokausijakauma ja palvelutuotteiden vuorokausihinnat toteutuneiden palvelutuotteiden jakauman mukaiseksi muuttamatta kokonaistilauksen euromäärää.

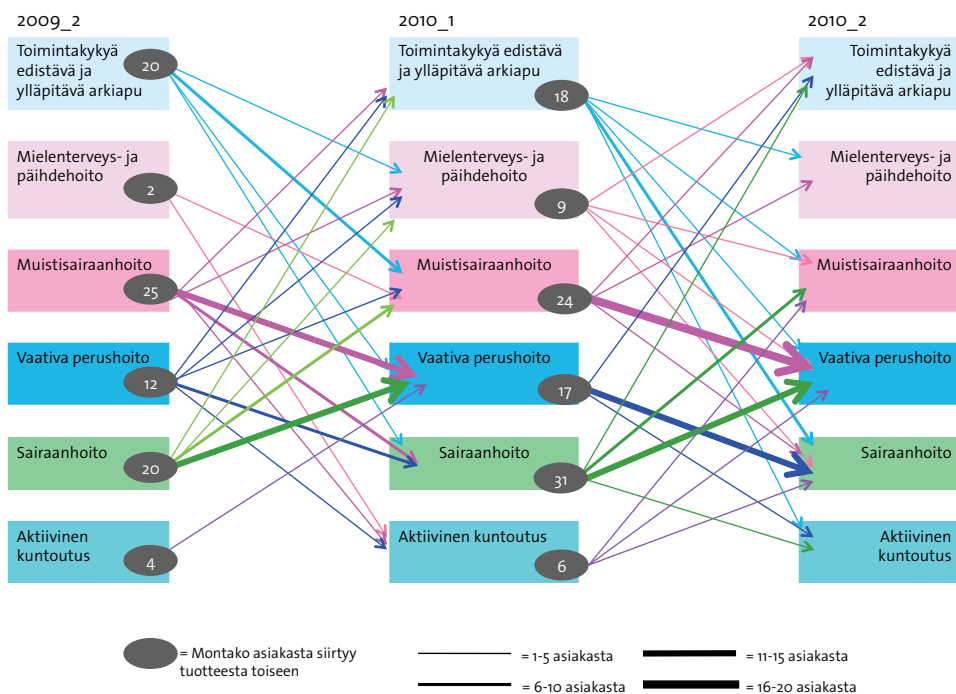
## 6.7 Asiakkaiden siirtyminen palvelutuotteesta toiseen

Tuotteistusprosessin edetessä pohdittiin, miten usein ja missä määrin tapahtui asiakkaiden siirtymistä tuotteesta toiseen. Tämän selvittämiseksi muodostettiin aineisto, jossa oli samat asiakkaat kolmella eri ajanjaksolla. Vanhainkotihoidossa oli 382 asiakasta ja sairaalahoidossa 114 potilasta (taulukko 13).

Taulukko 17. Samat RAI-arvioidut asiakkaat tuotteissa kahtena eri ajanjaksona

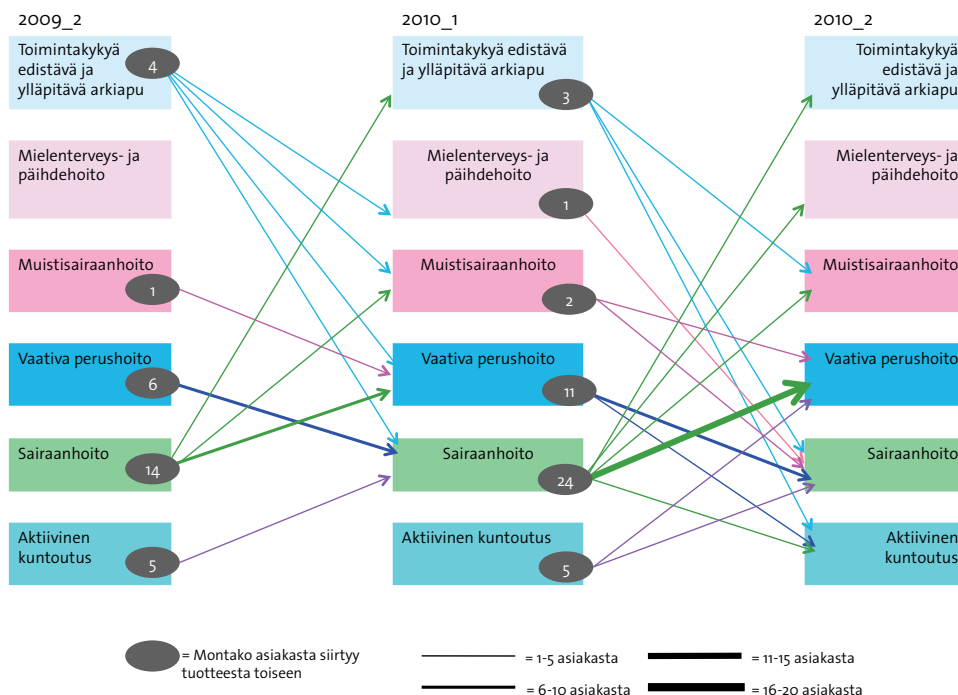
Tuotteet	Vanhainkotihoito		Sairaalahoido	
	2010_1	2010_2	2010_1	2010_2
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	11 %	9 %	4 %	3 %
Mielenterveys- ja päihdehoito	6 %	5 %	1 %	1 %
Muistisairaanhoito	24 %	22 %	5 %	6 %
Vaativa perushoito	36 %	43 %	38 %	42 %
Sairaanhoito	21 %	20 %	50 %	44 %
Aktiivinen kuntoutus	2 %	2 %	3 %	3 %

Aineistoissa 2009\_2 ja 2010\_1 asiakkaita siirtyi vanhainkotihoitossa 27 % palvelutuotteesta toiseen ja aineistoissa 2010\_1 ja 2010\_2 29 %. Asiakkaista siirtyi eniten palvelutuotteista Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu, Muistisairaanhoito ja Sairaanhoito toisiin palvelutuotteisiin (kuvio 7).



Kuvio 7. Asiakkaan siirtyminen tuotteesta toiseen vanhainkotihoitossa

Vastaavasti sairaalahoidossa asiakkaita siirtyi tuotteesta toiseen aineistoissa 2009\_2 ja 2010\_1 23 %, aineistoissa 2010\_1 ja 2010\_2 sairaalahoidossa 25 %. Asiakkaista siirtyi eniten palvelutuotteista Sairaanhoido ja Vaativa perushoido toisiin palvelutuotteisiin (kuviossa 8).



Kuvio 8. Asiakkaan siirtyminen tuotteesta toiseen sairaalahoidossa

## 6.8 Lyhytaikaiset asiakkaat

Tampereen kaupunki on määritellyt, että lyhyen hoitojakson kesto on alle 3 kuukautta. Taulukossa 14 on esitetty, mihin uloskirjatut asiakkaat siirtyivät sairaalahoidosta ajanjaksolla 1.10.2009 - 31.3.2011. Taulukon tietolähteenä ovat asiakkaiden RAI-arvioinnit. Osalle sairaalahoidon asiakkaista ei ehditä RAI- tekemään arviointia ennen uloskirjausta.

Taulukko 18. Uloskirjatut asiakkaat sairaalahoidosta

Uloskirjauksen syy	Sairaalahoito, hoidon kesto	
	alle 30 pv asiakkaiden lkm	30-90 pv asiakkaiden lkm
Koti	219	180
Vanhainkoti	42	49
Sairaala	57	52
Kuollut	100	71

pv = päivää  
lkm = lukumäärä

## 7 Pohdintaa

Hankkeen tavoitteena oli luoda palvelutuotteet, joita on tarkoitus käyttää Tampereen kaupungin tilaajan ja tuottajan välisissä sopimuksissa ja sopimusneuvotteluissa. Tehdyt palvelukuvaukset ovat olleet vajaan vuoden käytössä ja käyttökokemusten perusteella tuotteistus soveltuu hyvin vanhainkotihoitoon ja osaan sairaalahoitoon. Sairaalaosastot ovat profiloituneet toiminnassa enemmän kuntoutukseen ja asiakkaan kuntoutumista edistävään toimintaan, mikä ei vielä näy toteutuneissa palvelutuotteissa. Palveluotekuvauksen analysoinnissa tietolähteenä käytettiin THL:n RAI-tietokantaa. Laitoshoidon yksiköt siirtävät asiakkaiden RAI-arviointitiedoista kopiot THL:ään puolivuositain. Asiakkaalla voi olla toimintakyvyn muutoksista johtuen tehtynä useampia RAI-arviointia puolen vuoden ajanjakson aikana, mutta puolenvuoden arviointiaineistossa huomioidaan asiakkaan viimeiseksi tehty RAI-arviointi, joka voi kuvata hoidon päätösvaihetta. Osa asiakkaiden hoitojaksoista on kestoltaan lyhyitä ja tästä johtuen osalle asiakkaista ei ehditä tehdä RAI-arviointia ennen kuin hoito on päättynyt. Tampereella sairaalahoidossa noin puolet toteutuneista hoitojaksoista on alle kuukauden mittaisia. Laitoshoidon yksiköissä on käytäntö, että asiakkaalle tehdään palveluntarvetta selvittävä RAI-arviointi kahden viikon kuluessa hoidon alkamisesta. Toisaalta voi olla, että asiakkaan kuntoutustarvetta ei tunnisteta riittävästi. Tämän vuoksi osa sairaalaosastoista alkaa kokeilla RAI-PAC (Post Acute Care) välinettä, joka soveltuu mm. kuntoutukseen.

Palvelutuote Mielenterveys- ja päihdehoito hoitajien kokemuksen mukaan ei kuvaa kaikkea sitä apua ja aikaa, mitä mielenterveysasiakas tarvitsee. Tämän vuoksi Hatanpään puistosairaalan psykogeriatriset osastot jäivät pois sairaalahoidon tuotteistuksesta. THL käynnistää pilotin, missä testataan mielenterveystyön interRAI-MH (Mental Health) täydennysosiota RAI-LTC arviointivälineeseen. Tästä odotetaan lisätietoa palvelutuotteeseen Mielenterveys- ja päihdehoito.

Palvelutuotteet rakentuvat RUG-III LTC/34 asiakasrakenneluokituksen pohjalta, joka perustuu palvelutarpeen arvioinnista saatavaan tietoon. Haasteellista luokituksessa on se, että se on hierarkkinen. Asiakkaan RAI-arviointitieto määrittää sen pääluokan, mihin asiakas kuuluu. Esimerkiksi kun muistisairaalla asiakkaalla on kuumeinen keuhkokuume, tällöin asiakkaan palvelutuotteeksi ei tule Muistisairaanhoidon, vaan Sairaanhoidon, koska RUG-luokituksessa pääluokka Erityishoidon on ennen pääluokkaa Kognitiivisten toimintojen heikentyminen. Palveluotekuvaukset kuvaavat asiakkaan ensisijaisen avun tarpeen ja miten avun tarpeeseen voidaan vastata ja millä resursseilla (henkilöstön määrä ja rakenne). Palveluotekuvaukset pohjautuivat RUG-luokituksen pääluokkien kriteereille, mutta kuvauksen sisältöä tarkennettiin Delfoi-menetelmän avulla. Menetelmä soveltuu hyvin tämän tyyppiseen toimintatapaan, koska eri hoito-

---

työn asiantuntijoiden käytännön kokemus ja osaaminen saatiin hyödynnettyä parhaalla mahdollisella tavalla. Asiakkaan voimien kohentuessa tai huonontuessa omahoitaja tekee uuden RAI-arvioinnin ja sen tiedon pohjalta omahoitaja päivittää asiakkaan hoitosuunnitelman. Samalla tieto asiakkaan palvelutuotteesta päivittyy. Arviointeja tekevien hoitajien määrä on suuri ja koulutuksista huolimatta virheellisen arvioinnin mahdollisuus on olemassa. Tästä johtuen asiakas saattaa luokitua tuotteeseen, johon hän ei kuuluisi.

Tuotteistuksessa laskettiin palvelutuotteiden hintataulukot vanhainkotihoitoon ja sairaalahoitoon. Kuuden palvelutuotteen lisäksi tehtiin arviotuote ”alle kaksi viikkoa olevat hoitopäivät” laskutusta varten. Arviotuotteen hinta on sama kuin kalleimman palvelutuotteen hinta. Jos asiakkaan RAI-arviointia ei kuitenkaan ole tehty kahden ensimmäisen viikon aikana, käytetään näiden viikkojen jälkeen halvimman palvelutuotteen hintaa. Kustannuspaino kuvaa asiakasrakennetta ja resurssien käytön jakautumista eri asiakasryhmien välillä. Viime vuosina hoitomenetelmät ovat muuttuneet mm. muistisairauksien hoidossa ja teknologian hyödyntäminen hoitamisessa on lisääntynyt. Muutoksista johtuen laitoshoidon vuonna 2002 kerätystä arviointiaineistosta lasketut kustannuspainot olisi hyvä päivittää uudella aikamittauksella.

Kustannustaso kuvaa palvelutuottajan henkilöstökulujen ja muiden toiminnasta aiheutuvien kulujen tasoa, kun asiakasrakenne on otettu huomioon. Kustannustaso voi vaihdella eri palveluntuottajilla. Tuotteistus antaa pohjan todenmukaisemmalle hinnoittelulle. Palveluntuottajan kannalta on oleellista, että asiakkaiden hoitoisuuden vaihtelu vaikuttaisi myös palvelusta saatavaan korvaukseen. Tuotteistus voidaan käsitellä myös palvelulupaukseksi, jossa kuvataan tuotettava palvelu, joka on luvattu antaa. Varsinainen tuote eli palvelu syntyy palveluhetkellä. RUG:iin pohjautuva tuotteistus lähtee asiakkaan ensisijaisesta avun tarpeesta. Tämän pohjalta voidaan pohtia, pitäisikö joidenkin osastojen erikoistua joihinkin palvelutuotteisiin vai pitäisikö suosia monimuotoisuutta. Tällöin on hyvä tarkastella asioita asiakkaan, henkilöstön ja kustannusten näkökulmasta.

Raportissa kuvattua tuotteistusprosessia ja kehitettyjä palvelutuotteita voidaan hyödyntää myös muissa kunnissa, jotka käyttävät RAI-järjestelmää. Tässä raportissa kuvattua laitoshoidon tuotteistus on sovellettavissa tehostetun palveluasumisen tuotteistamiseen. Tuotteistustyö jatkuu myös kotihoidon osalta.

---

# Kiitokset

Haluamme esittää kiitokset tuotteistusprosessiin osallistuneille ja Koukkuniemi 2020 –hankkeelle, joka on tuotteistushankkeen merkittävä rahoittaja.



---

# Lähteet

- Aaltonen J, Jaatinen S, Talvinko T, Virtanen M, Vohlonen I. (2007) Erikoissairaanhoidon palvelujen tuoteistus Suomessa. Kuntaliitto. Helsinki.
- Björkgren M, Häkkinen U, Finne-Soveri H. (1998) Pitkäaikaipotilaiden voimavaratarve RUG-luokituksesta. Stakes. Aiheita 1, Helsinki.
- Björkgren M. (2011) Tampereen kaupungin laitoshoidon tuotteistuksen ohjausryhmän kokous 30.5.2011. Julkaisematon materiaali.
- Fries BE, Cooney LM. (1985) Validation and use of resource utilization groups as a case-mix measure for long-term care. *MedCare*. Feb;23(2):123-32.
- Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. (1994) Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *MedCare*. Jul; 32(7):668-85.
- Hakari K. (2009) Tampereen toimintamallin uudistus – vastaus tulevaisuuden haasteisiin. Teoksessa Haveri A, Majoinen K, Jäntti A. (toim.) Haastava kuntajohtaminen. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.: 84-92.
- Heikkilä R, Gerasin A, Sakki J, Nieminen J, Björkgren M, Noro A, Mäkelä M, Finne-Soveri H. (2012) Ikäihmisten palvelut yli palvelurakenteen – yhtenäisellä RUG-III/18-luokituksella palvelut ja kustannusarviointi samalle viivalle. terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 58/2012, 46 sivua. Tampere 2012. ISBN 978-952-245-729-5 (painettu), ISBN 978-952-245-730-1 (verkko)
- Heikkilä R, Wiili-Peltola E. (2010) Helsingin terveystieteiden keskuksen kotihoidon tuotteistushankkeen loppuraportti. Helsingin terveystieteiden keskuksen raportteja 2010:1. Helsingin kaupungin terveystieteiden keskus.
- Heikkilä R, Finne-Soveri H, Ripsaluoma J, Parikka A, Suojalehto E, Noro A. (2008) Koukkuniemen vanhainkodin asiakasrakenne ja hoidon laatu RAI-järjestelmällä arvioituna 2006 - 2007. Stakes. Raportti 13/2008, Helsinki.
- Hirdes JP, Ljunggren G, Morris JN, Fritters DHM, Finne-Soveri H, Gray L, Björkgren M, Gilgren R. (2008) Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Services Research*, 8:277.
- Holma T. (2006) Hyvinvointipalvelujen tuotteistus – perusteita ja periaatteita. Raportissa Lehtoranta H & Päättö M (toim.) Raportti palvelujen tuotteistamisesta ja laadun kehittämisestä aluekeskuseuilla. Oulun kaupungin painatuskeskus.
- Hytinen H, Aavarinen H. (2000) Delfi-menetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa – esimerkkinä gerontologinen hoitotyö. *Hoitotiede* 3, 121-128.
- Jaakkola E, Orava M, Varjonen V. (2009) Palvelujen tuotteistamisesta kilpailuetua. Opas yrityksille. Tekes. Helsinki.
- Kivistö A. (2003) Talousohjaus ja tuotteistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 5. Tampere.
- Lehtinen U, Niinimäki S. (2005) Asiantuntijapalvelut: Tuotteistuksen ja markkinoinnin suunnittelu. Helsinki. WSOY.
- Länkinen H. (2005) Palveluiden tuotteistaminen teknisellä suunnittelu- ja konsultointialalla. Diplomityö. Lappeenranta teknillinen yliopisto. Tuotantotalouden osasto.

- 
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P. (2005) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Helsinki: Stakes.
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Häkkinen U, Laine J, Vähäkangas P, Kerppilä S, Storbacka R. (2001) RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. Stakes. Aiheita 17/2001, Helsinki.
- Sarakorpi A. (2008) Palvelutuotteen modulointiprosessi monitoimijaverkostossa. Case: hoiva-, koti- ja asumispalvelut. Diplomityö. Helsinki University of Technology SimLab. Report Series: 22.
- Sgadari A, Morris JN, Fries BE, Ljunggren G, Jonsson PV, Dupaquier JN, Schroll M. (1997) Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument. The Age and Ageing; 26-S2: 27-30.
- Sipilä J. (1996) Asiantuntijapalvelujen tuotteistaminen. Porvoo: WSOY.
- Sipilä J. (1999b) Asiantuntijapalvelujen tuotteistaminen. 2. painos. Porvoo. WSOY.
- Stenvall J, Airaksinen J. (2009) Manse mallillaan - Tampereen mallin arviointi ja palveluinnovaatiot. Kuntaliitto, Acta nro 211. Helsinki. ISBN 978-952-213-524-7 (nid.), ISBN 978-952-213-529-2 (pdf)
- Tyni T, Myllyntaus O, Rajala P, Suorto A. (2009) Kustannuslaskentaopas kunnille ja kuntayhtymille. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Voutilainen P, Vaarama M, Eloniemi-Sulkava U, Finne-Soveri UH. (2002) Kokonaistilanteen selvittämisellä hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Teoksessa Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi-Sulkava U, Finne-Soveri UH. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja laatu. Stakes. Oppaita 49. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.

[www.toimia.fi](http://www.toimia.fi)

# Liitteet

## Liite 1. Palvelutuotekuvaukset I-kierros

Vanhainkotihoito		Terveyskeskuksen sairaalaosasto	
Toimintakykyä edistävä ja tukeva arkiapu (PA1, PA2, PB1, PB2, PC1, PC2)			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Asukkaalla on muistihäiriöitä</li><li>• Asukkaan toimintakykyä edistetään ja tuetaan</li><li>• Asukas tarvitsee hoitajan apua vaihdellen</li><li>• Asukkaan toimintakykyä edistetään<ul style="list-style-type: none"><li>◦ kulttuuri- ja virkistystoiminnan avulla</li><li>◦ osastolla huomioidaan vuodenajat, pyhät</li><li>◦ fysioterapeutin pitämät kuntouttavat pienryhmät</li></ul></li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Terveyskeskukseen tullessa sairaalahoitoa vaativa sairaus tai vamma, joka on hallinnassa - tila vakaa</li><li>• Potilaalla on muistihäiriöitä</li><li>• Potilaan toimintakykyä edistetään ja tuetaan</li><li>• Potilas tarvitsee hoitajan apua vaihdellen</li><li>• Potilaan toimintakykyä edistetään<ul style="list-style-type: none"><li>◦ kulttuuri- ja virkistystoiminnan avulla</li><li>◦ osastolla huomioidaan vuodenajat, pyhät</li><li>◦ fysioterapeutin pitämät kuntouttavat pienryhmät</li></ul></li></ul>	
Mielenterveyshoito (BA1, BA2, BB1, BB2)			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnoosina käytösoireet, skitsofrenia tai masennus</li><li>• Asukkaan psyykkistä toimintakykyä mahdollisesti alentaa päihteiden käyttö</li><li>• Asukkaan sosiaaliset taidot puutteellisia</li><li>• Asukkaan psykososiaalista kuntoutumista tuetaan kulttuuri- ja virkistystoiminnan avulla</li><li>• Asukkaan psyykkistä toimintakykyä alentaa mahdollisesti päihteiden käyttö</li><li>• Asukkaan vuorokausirytmillä on epäsäännöllinen, mahdollisesti unihäiriöitä tai syömishäiriöitä</li><li>• Käytösoire ilmenee kielteisenä suhtautumisena hoitoon ja aggressiivisuutena</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnoosina käytösoireet, skitsofrenia tai masennus</li><li>• Potilaan psyykkistä toimintakykyä mahdollisesti alentaa päihteiden käyttö</li><li>• Potilaan hoidossa tarvitaan psykiatrista osaamista</li><li>• Potilaan psyykkisen toimintakyvyn tukemista mm. mentoroinnin avulla (potilas, omaiset ja läheiset sekä tarvittaessa jatkohoitopaikan henkilökunta)</li><li>• Potilaan hoitoneuvottelussa/palaverissa suunnitellaan psykososiaalinen kuntoutus<ul style="list-style-type: none"><li>◦ kiinteä ryhmä, johon potilas sitoutuu</li><li>◦ ryhmäterapia</li></ul></li><li>• Potilaan sosiaaliset taidot puutteellisia</li><li>• Potilaan psykososiaalista kuntoutumista tuetaan kulttuuri- ja virkistystoiminnan avulla</li></ul>	
Muistisairaanhoito (IA1, IA2, IB1, IB2)			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnoosina muistisairaus</li><li>• Kognition alemaa</li><li>• Asukas tarvitsee ohjausta tai apua päivittäisissä toiminnoissa</li><li>• Asukkaan psykososiaalista kuntoutumista edistetään ja tuetaan kulttuuri- ja virkistystoiminnan avulla pienryhmissä</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Muistisairauden lisäksi sairaalahoitoa vaativa sairaus tai vamma</li><li>• Kognition alemaa</li><li>• Potilas tarvitsee turvallisen hoitoympäristön</li><li>• Potilas tarvitsee hoitajan apua päivittäisissä toiminnoissa</li><li>• Potilaan psykososiaalista kuntoutumista edistetään ja tuetaan kulttuuri- ja virkistystoiminnan avulla pienryhmissä</li></ul>	
Vaativa perushoito (PD1, PD2, PE1, PE2)			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnoosina muistisairaus, Parkinsonin tauti, masennus, skitsofrenia</li><li>• Asukas tarvitsee pitkäaikaishoitoa</li><li>• Kognition alenemaa</li><li>• Asukas tarvitsee päivittäisissä toiminnoissa hoitajan apua ympäri vuorokauden</li><li>• Ravitsemustilan seuranta</li><li>• Apuvälineiden tarve</li><li>• Saattohoito osana palliatiivista hoitoa, jossa keskeistä on kivun ja kärsimyksen lievitys</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnoosina muistisairaus, Parkinsonin tauti, masennus, skitsofrenia</li><li>• Potilas tarvitsee pitkäaikaishoitoa</li><li>• Kognition alenemaa</li><li>• Potilas tarvitsee päivittäisissä toiminnoissa hoitajan apua ympäri vuorokauden</li><li>• Ravitsemustilan seuranta</li><li>• Apuvälineiden tarve</li><li>• Saattohoito osana palliatiivista hoitoa, jossa keskeistä on kivun ja kärsimyksen lievitys</li></ul>	

Vanhainkotihoito	Terveyskeskuksen sairaalaosasto
Vaativa sairaanhoito (SE1, SE2, SE3,SSA, SSB, SSC,CA1,CA2, CB1, CB2, CC1,CC2)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asukas on kliinisesti sairas ja tarvitsee sairaanhoitoa, mikä edellyttää henkilökunnalta sairaanhoidollista osaamista ja asukkaan terveydentilan seurannan ja tarkkailun hallitsemista</li> <li>• Asukkaan hoitoon osallistuu erityistyöntekijöitä esim. sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti</li> <li>• Asukkaan toimintakyvyn lasku johtuu eri sairauksista</li> <li>• Asukas tarvitsee päivittäisissä toiminnoissa hoitajan apua ympäri vuorokauden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilas on kliinisesti sairas ja tarvitsee runsaasti sairaanhoitoa, mikä edellyttää henkilökunnalta laaja-alaista sairaanhoidollista osaamista ja potilaan terveydentilan seurannan ja tarkkailun hallitsemista</li> <li>• Potilas tarvitsee säännöllisiä hoitokäyntejä erikoissairaanhoidon eri yksiköissä</li> <li>• Potilaan hoitoon osallistuu erityistyöntekijöitä esim. sosiaalityöntekijä, ravitsemusterapeutti, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, puheterapeutti</li> <li>• Potilas tarvitsee päivittäisissä toiminnoissa hoitajan apua ympäri vuorokauden</li> <li>• Apuvälineiden ja lääkintälaitteiden tarve</li> <li>• Potilas voi tarvita erityistoimenpiteitä tarttuvan infektion vuoksi esim. MRSA, ESBL</li> <li>• Potilas voi olla saattohoidossa</li> </ul>

Aktiivinen kuntoutus (RAA, RAB, RAC,RAD)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koulutettu fysio-, toiminta- tai puheterapeutti suunnittelee asukkaan kuntoutussuunnitelman, jonka toteuttaa fysioterapeutti, kuntohoitaja, toimintaterapeutti tai puheterapeutti. Tämän lisäksi huomioidaan hoitajien suunnittelema ja toteuttama kuntoutumista edistävä toiminta</li> <li>• Kuntoutumista tuetaan kuntoraporttipalavereilla tai lääkärinkierrolla</li> <li>• Asukkaan toimintakyvyn edistäminen tai tukeminen huomioiden voimavarat mm. päätöksentekokyvyn, sosiaaliset taidot, aktiivisuuden, päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koulutettu fysio-, toiminta- tai puheterapeutti suunnittelee potilaan kuntoutussuunnitelman. Tämän lisäksi huomioidaan hoitajien suunnittelema ja toteuttama kuntoutumista edistävä toiminta</li> <li>• Kuntoutumista tuetaan kuntoraporttipalavereilla tai lääkärinkierrolla</li> <li>• Kuntoutumisen tai muun jatkohoidon suunnittelu, arviointi ja toteutus</li> <li>• Potilaan toimintakyvyn edistäminen tai tukeminen huomioiden voimavarat mm. päätöksentekokyvyn, sosiaaliset taidot, aktiivisuuden, päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen</li> </ul>

## Liite 2. Palvelutuotekuvaukset II-kierros

Tuotteen nimi	Tuotekuvaus
<b>Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu</b> (PA1, PA2, PB1, PB2, PC1, PC2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asukkaan/potilaan ensisijainen tarve on vaihteleva apu perushoitoon liittyvissä toiminnoissa; ruokailu, lepoaika, puhtaus, pukeutuminen, ulkoilu ja sosiaalinen toiminta, jotta hänen toimintakykynsä kohenee tai pysyy ennallaan (RAI:sta saatava tieto)</li> <li>• Henkilöstö kykenee arvioimaan asukkaan/potilaan kuntoutumista edistävän toiminnan vaikuttavuutta (muualta saatava tieto)</li> </ul> <b>Toiminnot</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutus huomioiden asukkaan/potilaan fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn. (RAI:sta saatava tieto, muualta saatava tieto)</li> <li>◦ Yksilöllisen psykososiaalista toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän/tukevan pienryhmä- tai yksilötoiminnan toteutus (kädentaidot, musiikki, liikunta) (muualta saatava tieto, RAI:sta saatava tieto)</li> <li>◦ Sosiaalisten tapahtumien toteutus (muualta saatava tieto)</li> </ul>
<b>Mielenterveys- ja päihdehoito</b> (BA1, BA2, BB1, BB2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asukkaan/potilaan ensisijainen tarve on psykososiaalinen tuki, jotta hänen toimintakykynsä kohenee tai pysyy ennallaan (muualta saatava tieto)</li> <li>• Henkilöstö kykenee arvioimaan asukkaan/potilaan psykiatrisen hoidon vaikuttavuutta (muualta saatava tieto)</li> </ul> <b>Toiminnot</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Psykososiaalisen ja psykomotorisen kuntoutuksen toteutus (erilaiset ryhmät ja viriketoiminnot) (muualta saatava tieto, RAI:sta saatava tieto)</li> <li>◦ Omahoitajasuhteen toteutus (luottamus, välittäminen, empatia ja huolenpito) (muualta saatava tieto)</li> <li>◦ Yksilöllinen lääkityksen toteutus (muualta saatava tieto, RAI:sta saatava tieto)</li> <li>◦ Yksilöllinen ravitsemuksen toteutus (muualta saatava tieto, RAI:sta saatava tieto)</li> </ul>
<b>Muistisairaanhoito</b> (IA1, IA2, IB1, IB2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asukkaan/potilaan ensisijainen tarve on kognitiivinen ja psykososiaalinen tuki, jotta hänen toimintakykynsä pysyy ennallaan (muualta saatava tieto)</li> <li>• Henkilöstö kykenee arvioimaan muistisairaan hoidon vaikuttavuutta (muualta saatava tieto)</li> </ul> <b>Toiminnot</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Yksilöllisen psykososiaalista toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän/tukevan pienryhmä- tai yksilötoiminnan toteutus (muistelu, kädentaidot, musiikki, liikunta) (muualta saatava tieto, RAI:sta saatava tieto)</li> <li>◦ Yksilöllinen lääkityksen toteutus (muualta saatava tieto, RAI:sta saatava tieto)</li> <li>◦ Yksilöllinen ravitsemuksen toteutus (muualta saatava tieto, RAI:sta saatava tieto)</li> </ul>

Tuotteen nimi	Tuotekuvaus
<b>Vaativa perushoito</b> (PD1, PD2, PE1, PE2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asukkaan/potilaan ensisijainen tarve on ympärivuorokautinen apu päivittäisissä toiminnoissa, sairauksien hoidossa sekä kivun ja muiden oireiden lievittämisessä erityisesti elämän päättyessä, jotta hänen elämänlaatuunsa olisi mahdollisimman hyvä (muualta saatava tieto)</li> <li>• Henkilöstö kykenee arvioimaan asukkaan/potilaan hoidon vaikuttavuutta hänen elämänlaatuunsa (muualta saatava tieto, RAI:sta saatava tieto)</li> </ul> <b>Toiminnot</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Asukkaan/potilaan hoitoa toteuttaa hoitotiimi, johon kuuluu lääkäri, hoitajat, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä (RAI:sta saatava tieto)</li> <li>◦ Kuntoutumista tukevan hoitotyön toteutus huomioiden asukkaan/potilaan fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn (RAI:sta saatava tieto, muualta saatava tieto)</li> <li>◦ Yksilöllinen kivun hoidon toteutus (muualta saatava tieto, RAI:sta saatava tieto)</li> <li>◦ Yksilöllinen lääkityksen toteutus (muualta saatava tieto, RAI:sta saatava tieto)</li> <li>◦ Yksilöllinen ravitsemuksen toteutus (muualta saatava tieto, RAI:sta saatava tieto)</li> <li>◦ Yksilöllinen suunhoidon toteutus (muualta saatava tieto)</li> </ul>
<b>Sairaanhoito</b> (SE1, SE2, SE3,SSA, SSB,SSC, CA1,CA2, CB1, CB2, CC1,CC2)"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asukkaan/potilaan ensisijainen tarve on saada sairaanhoito apua, jotta hänen toimintakykynsä kohenee tai palautuu ennen sairastumista olleeseen tilanteeseen (muualta saatava tieto)</li> <li>• Henkilöstö kykenee arvioimaan sairaanhoidon vaikuttavuutta (muualta saatava tieto)</li> </ul> <b>Toiminnot</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Asukkaan/potilaan hoitoa toteuttaa hoitotiimi, johon kuuluu lääkäri, hoitajat, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä (RAI:sta saatava tieto)</li> <li>◦ Kuntoutumista edistävän/tukevan hoitotyön toteutus huomioiden potilaan fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn (RAI:sta saatava tieto, muualta saatava tieto)</li> <li>◦ Sairaanhoidon toimenpiteiden toteutus (muualta saatava tieto , RAI:sta saatava tieto)</li> <li>◦ Yksilöllinen kivun hoidon toteutus (muualta saatava tieto, RAI:sta saatava tieto)</li> <li>◦ Yksilöllinen lääkityksen toteutus (muualta saatava tieto, RAI:sta saatava tieto)</li> <li>◦ Yksilöllinen ravitsemuksen toteutus (muualta saatava tieto, RAI:sta saatava tieto)</li> </ul>

Tuotteen nimi	Tuotekuvaus
<b>Aktiivinen kuntoutus</b> (RAA, RAB, RAC,RAD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asukkaan/potilaan ensisijainen tarve on kuntoutua, jotta hänen toimintakykynsä kohenee tai pysyy ennallaan (muualta saatava tieto)</li> <li>• Henkilöstö kykenee arvioimaan asukkaan/potilaan kuntoutumisen vaikuttavuutta (muualta saatava tieto)</li> </ul> <b>Toiminnot</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Yksilöllisen kuntoutussuunnitelman toteutus (fysioterapeutti, kuntohoitaja, toimintaterapeutti tai puheterapeutti ) (RAI:sta saatava tieto)</li> <li>◦ Kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutus huomioiden asukkaan/potilaan fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn (RAI:sta saatava tieto, muualta saatava tieto)</li> <li>◦ Yksilöllinen lääkityksen toteutus (muualta saatava tieto, RAI:sta saatava tieto)</li> <li>◦Yksilöllinen ravitsemuksen toteutus (muualta saatava tieto, RAI:sta saatava tieto)</li> </ul>